
LIBRARY OF THE ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS EDINBURGH

TRAITÉ CLINIQUE

DU RHUMATISME

ARTICULAIRE.

OUVRAGES DE M. LE PROFESSEUR BOUILLAUD,

Qui se trouvent chez le même Libraire.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, ou Exposition statistisque des diverses maladies traitées à la clinique de cet hôpital, Paris, 1837, 3 vol. in-8. 21 fr.

TRAITÉ CLINIQUE DES MALADIES DU COEUR, précédé de recherches nouvelles sur l'anatomie et la physiologie de cet organe. Paris, 1835, 2 forts vol. in-8, avec huit planches gravées. 15 fr.

ESSAI SUR LA PHILOSOPHIE MÉDICALE et sur les généralités de la clinique médicale, précédé d'un résumé philosophique des principaux progrès de la médecine, et suivi d'un parallèle des résultats de la formule des saignées coup sur coup avec ceux de l'ancienne méthode dans le traitement des phlegmasies aiguës. Paris, 1836, in-8. 7 fr.

TRAITÉ CLINIQUE ET PHYSIOLOGIQUE DE L'ENCÉPHALITE ou INFLAMMATION DU CERVEAU et de ses suites, telles que le ramollissement, la suppuration, les tubercules, le squirrhe, le cancer, etc. Paris, 1825, in-8.

TRAITÉ CLINIQUE ET EXPÉRIMENTAL DES FIÈVRES DITES ESSENTIELLES. Paris, 1826, in-8. 7 fr.

TRAITÉ PRATIQUE, THÉORIQUE ET STATISTIQUE DU CHOLÉRA-MORBUS DE PARIS, appuyé sur un grand nombre d'observations recueillies à l'hôpital de la Pitié. Paris, 1832, in-8. 6 fr. 50 c.

DE L'INTRODUCTION DE L'AIR DANS LES VEINES. Rapport à l'Académie royale de médecine, Paris, 1838, in-8. 2 fr.

EXPOSITION RAISONNÉE D'UN CAS DE NOUVELLE ET SINGULIÈRE VARIÉTÉ D'HERMAPHRODISME observée chez l'homme. Paris, 1833, in-8. fig. 1 fr. 50 c.

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES tendant à réfuter l'opinion de M. Gall sur les fonctions du cervelet, et à prouver que cet organe préside aux actes de l'équilibration, de la station et de la progression. Paris, 1827, in-8.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LES FONCTIONS DU CERVEAU EN GÉNÉRAL, et sur celles de la portion antérieure en particulier. Paris, 1830, in-8.

TRAITÉ ÉLÉMENTAIRE DE NOSOGRAPHIE MÉDICALE, GÉNÉRALE ET SPÉCIALE, 5 vol. in-8, *sous presse.*

IMPRIMÉ CHEZ PAUL RENOUARD, RUE GARANCIÈRE, 5.

TRAITÉ CLINIQUE

DU

RHUMATISME ARTICULAIRE,

ET DE LA

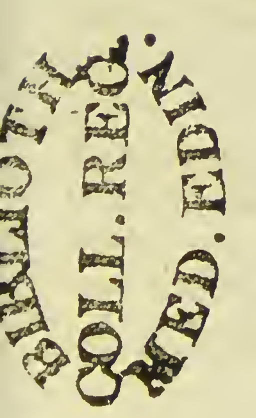
LOI DE COÏNCIDENCE DES INFLAMMATIONS DU COEUR AVEC CETTE MALADIE;

PAR J. BOUILLAUD,

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MEMBRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, ETC.

Veniet tempus, quo ista quæ nunc latent in lucem dies protrahet, et longioris ævi diligentiâ veniet tempus quo posteri nostri tam aperta nos nescivisse mirabuntur.

(SENECA.)



A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE,

RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 17.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET.

1840.

PRÉFACE.

Ce *Traité du rhumatisme articulaire* n'est que le développement des recherches que je fis paraître sur le même sujet, il y a trois ans passés (1). Grâce à l'accueil favorable dont il a été honoré, ce dernier écrit est épuisé déjà depuis quelque temps. J'ai cru ne pouvoir mieux témoigner au public médical mes sincères remercîmens, qu'en lui offrant sur la même matière un ouvrage plus complet et plus digne de lui. Il n'a rien moins fallu que cette considération et le sentiment profond de l'importance du sujet, pour me décider à mettre au jour cet ouvrage, avant d'avoir achevé le *Traité élémentaire de nosographie médicale exacte,* auquel je travaille depuis plusieurs années, et pour la composition duquel je sens

(1) Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu en général, *et spécialement sur la loi de coïncidence de la péricardite et de l'endocardite avec cette maladie, ainsi que sur l'efficacité de la formule des émissions sanguines coup sur coup dans son traitement.* — Paris, 1836. — 162 pages in-8.

chaque jour, de plus en plus, que je n'ai pas de temps à perdre. Je suis, en effet, de ceux qui pensent que les ouvrages de très longue haleine doivent être tentés et accomplis par des hommes encore jeunes; or, déjà je commence à ne plus compter parmi les hommes de cette heureuse et féconde époque de la vie.

Un autre motif m'a déterminé à ne pas différer plus long-temps la publication du présent ouvrage : c'est qu'il doit être regardé comme la suite naturelle, et en quelque sorte le complément obligé de mon *Traité clinique des maladies du cœur,* tant est grande l'affinité, tant est réellement étroite la liaison qui existent entre le rhumatisme articulaire et le rhumatisme du cœur. Sous ce dernier rapport, et sous quelques autres, je ne puis me défendre, je l'avoue, d'une certaine prédilection, j'ai presque dit d'un certain faible, pour le sujet dont je m'occupe dans cette monographie.

Au reste, s'il y avait une maladie dont l'étude réclamât impérieusement de nouvelles recherches, c'était, sans contredit, le Rhumatisme articulaire. Il était urgent de répandre sur cette grande maladie les vives clartés que le flambeau de la clinique exacte a déjà fait luire sur une foule d'autres affections morbides. La chose était d'autant plus urgente, que jusqu'ici, par une fatalité vraiment déplorable, en matière de rhumatisme en général et de rhumatisme articulaire en particulier, on avait laissé prévaloir les doctrines de quelques modernes classiques, auxquels leurs antécédens n'ont, peut-être, pas mérité le premier rang parmi les bons et fidèles observateurs des phénomènes et des lois de l'homme malade.

C'était, d'une part, pour concourir, autant que me le permettaient mes faibles moyens, à faire justice des graves erreurs qu'on enseignait, avec une rare complaisance, au

sujet du rhumatisme articulaire; et, d'autre part, 1° pour signaler la *loi de coïncidence* des inflammations du cœur avec cette maladie, découverte dont nous laissons aux lecteurs compétens le soin d'apprécier la valeur; 2° pour exposer les remarquables succès que nous retirions journellement de l'emploi de la nouvelle formule des émissions sanguines dans le traitement de cette même maladie, lorsqu'elle sévissait à un degré assez intense; c'était, dis-je, principalement dans cette double intention, que j'avais publié mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire.*

J'espérais pouvoir ramener dans la voie de la saine médecine clinique, une foule de jeunes gens que l'influence d'un enseignement dont je ne conteste pas la célébrité, en avait momentanément éloignés : mon espérance n'a point été vaine. D'ailleurs, je me serais étrangement trompé, si j'avais pu concevoir la pensée de convertir ainsi, et les maîtres dont un amour sincère de la vérité m'avait imposé le pénible, mais impérieux devoir de combattre les doctrines erronées, et ceux des élèves qu'ils avaient formés à leur image. Aussi, une telle pensée ne m'était-elle point venue.

Il est, je le sais bien, des conversions sur lesquelles on ne doit jamais compter. En médecine aussi, il se rencontre, en effet, des hommes qui se glorifient de n'avoir jamais rien appris, ni rien oublié; il est des hommes assez malheureusement nés pour n'avoir point reçu du ciel ce que j'oserai appeler l'esprit ou le sens du progrès. Privés de ce précieux et noble sens, ils ressemblent à ces autres hommes en qui le sentiment religieux fait défaut : les uns et les autres, chacun en leur genre, sont, si je puis le dire, fatalement condamnés à l'impénitence finale. Il est aussi des aveugles et des sourds d'une espèce toute particulière, et il n'y en a point de pires : ce sont

ceux qui ont des yeux et qui ne voient point, parce qu'ils les ferment; qui ont des oreilles et qui n'entendent point, parce qu'ils les bouchent. Nous souhaitons à ceux-là de meilleures dispositions, déclarant, toutefois, que nous laissons à de plus habiles que nous l'honneur de les guérir, s'il se peut, et si ce n'est pas là une de ces infirmités contre lesquelles la grâce divine seule pourrait être efficace.

Ce n'est pas pour les deux espèces d'hommes dont il s'agit que nous écrivons : notre ouvrage s'adresse à ces hommes heureusement organisés qui, à un cœur généreux, à une bonne volonté que rien ne rebute, joignent un sens droit et un esprit dégagé de toute prévention. Voilà les juges dont nous ne déclinerons jamais l'autorité.

Quant à ceux qui, prenant fait et cause pour leur maître, ont désigné sous le nom de *pamphlet* contre celui-ci nos *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire*, et qui, à défaut de bonnes raisons sans doute, nous ont répondu, tantôt par des personnalités plus ou moins injurieuses, tantôt en rapportant *mal* ou d'une manière inexacte, les doctrines que nous avons émises, nous ne les imiterons point. Les excès dans lesquels ils sont tombés ne pouvaient, au reste, que contribuer à nous faire mieux sentir tout le prix de cette modération de caractère, qui n'exclut ni la fermeté ni l'énergie si souvent nécessaires à la défense de la vérité. Mais il y a, ce me semble, un peu loin de cette énergique modération à cette violence qui, au sujet des résultats avantageux attribués par nous, sur la foi des faits les plus nombreux et les plus authentiques, à notre méthode de traiter le rhumatisme articulaire, a poussé le rédacteur des *Leçons sur le rhumatisme* jusqu'à écrire que nos prétentions méritaient moins de confiance même que celles d'un *charlatan qui viendrait avec une drogue jusqu'alors inconnue, et di-*

rait: voilà le spécifique du rhumatisme et de la goutte (1)! Certes, quand on aura lu l'ouvrage où se trouvent, en tant d'endroits, des aménités de cette espèce, on ne sera pas étonné des exhortations au calme et à la modération que le nouveau *Socrate* donnait au nouveau *Platon* (2). Si malgré ces exhortations charitables du maître, le disciple s'est laissé emporter aussi loin que nous venons de le voir, qu'eût-ce donc été sans elles?

Quoi qu'il en soit, abordant maintenant le fond des choses, il s'agit de savoir qui, de nos adversaires (3) ou de nous, a raison dans les doctrines qu'il professe sur les diverses questions que soulève l'étude de l'importante maladie sur laquelle roule ce traité.

En attendant les discussions approfondies auxquelles nous soumettrons plus tard ces questions, plaçons ici un instant en présence les opinions de nos adversaires et nos pro-

(1) Voyez les pages 286 et 287 de l'ouvrage indiqué.

(2) Les lecteurs seront, sans doute, un peu surpris de trouver ici les noms de Socrate et de Platon. Ce n'est pas à moi qu'appartiennent la première idée, le mérite et l'à-propos de ce rapprochement. Voici ce qu'on lit, en effet, dans l'avant-propos des *Leçons sur le rhumatisme* : « Ce dont je suis bien sûr, « c'est que j'ai fidèlement représenté la doctrine de M. Chomel ; et, certes, « dût-il être mécontent des défectuosités de mon travail, il ne m'appliquera « pas du moins ce que Socrate disait de Platon : *Ce jeune homme nous prête* « *d'étranges discours!* »

(3) Nous déclarons ici, une fois pour toutes, que le mot *adversaires*, souvent répété dans le cours de cet ouvrage, n'a pour nous qu'une signification purement *scientifique*, c'est-à-dire que nous l'employons uniquement pour désigner, d'une manière abréviative, ceux qui, sur divers points de l'histoire du rhumatisme articulaire, ont adopté des opinions *contraires* à celles que nous avions essayé de démontrer. Nous nous serions fait un devoir de nous en abstenir, si ce terme avait été banni des discussions *académiques*.

pres opinions, relativement au siège, à l'anatomie pathologique, aux causes déterminantes, aux accompagnemens, à la durée, au traitement et à la nature du rhumatisme articulaire.

1° Nos adversaires prétendent que le siège propre et primitif du rhumatisme articulaire n'est pas encore connu, mais ils penchent à admettre que ce siège est dans les tissus fibreux qui environnent les articulations.

Nous, au contraire, appuyé, d'une part, sur l'observation exacte des symptômes, et spécialement sur l'existence de la fluctuation dans les cas de rhumatisme intense des grosses articulations, et, d'autre part, sur l'anatomie pathologique dont il va être question ci-dessous, nous enseignons que le siège principal, essentiel du rhumatisme articulaire bien caractérisé est dans les membranes synoviales, d'où cette maladie peut s'étendre, il est vrai, aux tissus sous-jacens, tels que les ligamens, les cartilages, les os eux-mêmes, etc.

2° Nos adversaires affirment que, dans l'état actuel de la science, l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire est nulle (ouv. cit.; page 264).

Nous, au contraire, nous avons présenté une description assez détaillée des caractères anatomiques du rhumatisme articulaire, fondée sur le résumé fidèle de plus de trente observations de cette maladie terminée par la mort, à une époque où les articulations étaient encore affectées à un degré plus ou moins violent.

3° Nos adversaires soutiennent que les causes dites occasionnelles ou déterminantes n'ont qu'une importance secondaire dans le développement du rhumatisme articulaire, et ils placent sur la même ligne que l'impression du froid, *les émotions morales*, *les écarts de régime*, *la suppression des règles*, etc., etc., etc., lesquelles causes déterminantes, disent-

ils, *ne déterminent rien, ou déterminent indifféremment toute espèce de maladie*, et n'ont véritablement pas plus de valeur ici que dans les inflammations qu'on nomme spontanées. Ils citent des cas dans lesquels l'abus de l'excrétion spermatique leur paraît bien plutôt que le froid et l'humidité, avoir servi de cause déterminante, et parlent d'un individu qui fut pris d'un rhumatisme articulaire aigu, très probablement, à cause des *prouesses* (c'est leur expression) de la lune de miel. Ils ajoutent que c'est une étrange manie de lèse-observation; que de ne vouloir avouer comme cause occasionnelle du rhumatisme, que la seule action du froid; qu'ils éprouvent, eux aussi, une sorte de pudeur médicale à retracer une foule d'autres causes occasionnelles, qui, pour la plupart, sont évidentes comme le jour, et dont l'authenticité va même jusqu'à la trivialité (c'est dans cette foule d'autres causes déterminantes du rhumatisme articulaire aigu, *évidentes comme le jour,* qu'ils rangent l'abus de l'excrétion spermatique et les *prouesses de la lune de miel*).

Nous, au contraire, par *une étrange manie de lèse-observation,* comme le disent nos adversaires, nous professons, en effet, que le véritable rhumatisme articulaire ne reconnaît d'autre cause DÉTERMINANTE réelle que l'influence du froid, s'exerçant dans des conditions que nous avons eu soin d'exposer au chapitre III de ce traité.

4° Relativement à la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu, voici comment s'expriment nos adversaires : ils ne rejettent pas absolument la possibilité d'une endocardite concomitante ou consécutive du rhumatisme articulaire aigu (pag. 227), mais avec la meilleure volonté du monde, avec la plus large partialité pour l'endocardite, ils ne pourraient signaler cette affection que dans la minorité, et la petite minorité des cas. Que serait-ce (nous les laissons

toujours parler) si, critiques sévères, ils ne l'admettaient que sur preuves authentiques et irréfragables? Elle ne leur apparaîtrait plus que comme une exception, et une exception très rare (pag. 242). A la page 183, nos adversaires disent encore que, *contrairement à la proposition du professeur de la Charité, l'endocardite,* SI ENDOCARDITE IL Y A, *n'apparaît dans le rhumatisme articulaire aigu que comme exception, et non pas comme règle...* Enfin, à la page 297, ils prétendent que les bruits de soufflet, de scie et de lime, sont plus probablement dus à l'état d'anémie générale qui résulte des saignées coup sur coup qu'à L'EXISTENCE PROBLÉMATIQUE D'UNE ENDOCARDITE.

Nous enseignons, au contraire :

I. Que, dans le rhumatisme articulaire aigu violent et généralisé, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite est la *règle,* et la non-coïncidence, l'*exception;*

II. Que dans le rhumatisme articulaire aigu léger, partiel, apyrétique, la non-coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite, est la *règle*, et la coïncidence, l'*exception.*

Cette double proposition a maintenant pour appui plus de trois cents faits exactement recueillis par nous, depuis sept à huit ans.

Sur cent quatorze cas de rhumatisme articulaire aigu, dont nous avons fait le résumé le plus exact, il y en a soixante-quatorze d'une grande ou d'une moyenne intensité et quarante de légers. Or, parmi les soixante-quatorze cas de la première catégorie, nous en comptons soixante-quatre dans lesquels s'est rencontrée la coïncidence *certaine* d'une endocardite ou d'une endo-péricardite, et trois autres dans lesquels elle fut douteuse, tandis que dans les quarante cas de

la seconde catégorie, il n'en est qu'un dans lequel la coïncidence dont il s'agit ait été constatée (1).

D'un autre côté, sur trois cents individus au moins chez lesquels j'ai reconnu l'existence de lésions chroniques-organiques du cœur, consécutives à une endocardite ou à une endo-péricardite, et que j'ai interrogés avec soin, plus de la moitié faisaient remonter les symptômes de ces lésions à d'anciennes attaques de rhumatisme articulaire intense, qui s'étaient prolongées pendant plusieurs semaines ou même pendant plusieurs mois. Pourquoi nos adversaires n'ont-ils pas tenu compte de cette nouvelle donnée, si propre à contribuer à la solution du problème qui nous occupe (2)?

(1) On voit combien il était important pour la vérification de la *loi de coïncidence* que nous avions formulée, de distinguer les cas de rhumatisme articulaire en deux catégories, dont l'une comprendrait les cas légers, et l'autre les cas intenses; en un mot, de ne négliger aucune des conditions du problème que nous avions posées. Hé bien ! nos adversaires n'ont point tenu compte de cette distinction fondamentale, capitale. De quel droit viennent-ils donc se constituer les juges d'une question qu'ils ne semblent même pas avoir comprise?

(2) Nos adversaires paraissent en vouloir beaucoup à ce mot *loi* de coïncidence, par nous employé pour désigner le nouveau *rapport* que nous avions découvert entre le rhumatisme articulaire aigu et les phlegmasies du cœur (endocardite et péricardite). Ils nous accusent d'avoir, contrairement à notre engagement, manqué de précision, en formulant ainsi notre loi : dans la grande majorité des cas de rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, fébrile, il existe, à un degré variable, un rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur. Mais ils savent bien que, dans mes *Nouvelles recherches*, où ils ont pris cette proposition, comme aussi dans le présent ouvrage, le rapport dont il s'agit a été formulé en chiffres, à l'occasion de divers relevés de cas de rhumatisme articulaire. Il est vrai que, définitivement, il fut exprimé dans les termes assez significatifs que nous avons rapportés un peu plus haut (1 et 11). Mais si l'on ne donne pas le nom de *Loi* et de *Loi précise* au rapport ainsi exprimé, sous quel autre nom veut-on le désigner? Je ne demande pas mieux que d'adopter ce nouveau nom, quand on me l'aura fait connaître et que l'on

Quant à la péricardite rhumatismale en particulier, nos adversaires déclarent que sa découverte a été faite bien avant nous, et selon eux, l'inventeur de cette découverte est *cet être collectif, qui a plus d'esprit et de génie que l'homme qui en a le plus,* c'est-à-dire, *tout le monde.* Cette imitation d'une réponse bien connue d'un illustre et spirituel personnage est assez originale, mais elle ne me paraît pas très heureuse. Les découvertes de l'espèce dont il s'agit, ne sont pas de celles que *tout le monde* fait, surtout quand elles sont bien formulées. D'un autre côté, si nos adversaires eussent été aussi justes envers nous qu'ils se montrent généreux, un peu aux dépens de quelques-uns de ses membres, envers cet *être col lectif* qu'ils appellent *tout le monde,* ils auraient rappelé que, dans le premier travail où je me suis occupé de la coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu, loin de m'attribuer la découverte première de la coïncidence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, j'avais dit expressément qu'*il y avait long-temps qu'on avait signalé la coïncidence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire, mais que je croyais être le premier qui eût signalé la coexistence de l'endocardite avec ce même rhumatisme* (2).

Je n'ai donc point méconnu, comme on m'en accuse, les travaux de mes devanciers. Que dis-je? j'ai accordé à mes

m'aura prouvé qu'il l'emporte en exactitude sur celui dont je me suis servi. Au reste, n'oublions pas qu'une *Loi* pathologique peut être *exacte* et *précise*, à sa manière, sans atteindre à toute la rigueur de certaines lois de physique, comme, par exemple, cette loi de gravitation universelle, dont on dit qu'elle s'exerce *en raison directe des masses et inverse du carré des distances.*

(1) Voy. le *Journal hebdomadaire*, pour l'année 1834, où fut inséré le travail d'où j'extrais le passage qu'on vient de lire.

prédécesseurs plus qu'ils n'avaient réellement fait. Car aucun d'eux n'avait parlé de *coïncidence*, mais bien de *métastase*, et nous tâcherons de démontrer plus loin que cette métastase est une hypothèse à-peu-près gratuite, tandis que la coïncidence est un fait malheureusement trop positif. D'ailleurs, comment nos devanciers auraient-ils formulé la loi de cette coïncidence, eux pour qui le diagnostic de la péricardite était, de leur propre aveu, chose impossible et pour ainsi dire *lettre close?* Quoi qu'il en soit, grâce au nouveau système de *libéralité* et *d'égalité* si ingénieusement *trouvé* par nos adversaires, combien d'hommes ont été, sont et seront inventeurs *sans le savoir!*

5° Dans un paragraphe qui a pour titre : *Interruption des symptômes arthritiques et persistance de la fièvre*, nos adversaires proclament que c'est *au moins une affirmation aventureuse et téméraire, que d'invoquer un fait aussi incertain et aussi exceptionnel que l'endocardite, pour expliquer un fait certain, et qui n'est pas très rare, savoir : la persistance de la fièvre pendant la suspension éphémère des douleurs articulaires, et en l'absence de signes positifs et réels de quelque phlegmasie interne*. Suivant eux, « il y a une cause commune, inconnue, mais réelle, qui produit à-la-fois la fièvre et les PHLEGMASIES ARTICULAIRES (1). Ils réunissent, sous le même point de vue, toutes les maladies à phlegmasies *disséminées*, comme la rougeole, la variole, la scarlatine, la fièvre rhumatismale, etc., et entre autres caractères communs qu'ils assignent à ces maladies, *ils démontrent* (c'est leur expression) la nécessité d'y admettre une

(1) Nos adversaires considèrent ici l'affection rhumatismale des articulations comme étant de nature *phlegmasique*. Nous verrons un peu plus loin qu'ils refusent cependant à cette affection une place dans la classe des *phlegmasies*. Ainsi les *phlegmasies articulaires* ne sont pas des phlegmasies.

cause spécifique, *virus*, *diathèse*, *état morbide*, etc. (peu importe le nom). Au demeurant, la fièvre rhumatismale sans rhumatisme n'est, disent-ils, ni plus ni moins mystérieuse que les cas de variole, de scarlatine ou de rougeole sans exanthème. »

Nous enseignons, au contraire, que la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, pour nous servir de cette expression abréviative, se rattache, en effet, le plus souvent, à l'existence d'une endocardite ou d'une endo-péricardite rhumatismale, annoncée par des signes *positifs* et *réels*, bien connus aujourd'hui des observateurs familiarisés avec l'étude du sujet qui nous occupe. Nous tenons compte aussi de quelques autres accompagnemens du rhumatisme articulaire, moins fréquens, il est vrai, que le précédent, qui peuvent exister en son absence ou bien exister en même temps que lui. Nous n'admettons, d'ailleurs, ces accompagnemens du rhumatisme articulaire, qu'autant que nous en *constatons* les signes par l'application attentive des méthodes exactes d'exploration.

Que s'il existait une *fièvre rhumatismale sans rhumatisme, en l'absence de signes positifs et réels de quelque phlegmasie interne*, comme nous ne sommes rien moins que partisans des *affirmations aventureuses et téméraires*, nous nous garderions bien d'affirmer l'existence d'une chose qui manquerait de signes *positifs et réels*, et nous confesserions tout simplement notre ignorance de la cause de cette *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*. Mais nous ne croirions pas avoir donné une *explication* satisfaisante d'un tel cas, en le rapprochant de celui de *la variole sans variole*, *de la scarlatine sans scarlatine, de la rougeole sans rougeole*, dans la crainte qu'on ne nous accusât, en cette circonstance, de faire usage de ce mode d'*argumentation* ou d'explication connu sous le nom d'*obscurum per obscurius*.

6° Selon nos adversaires, la *durée* du rhumatisme articulaire aigu général est fort incertaine, et il n'y a aucun moyen sûr de juger d'avance si tel rhumatisme durera un ou deux, ou trois septénaires, ou davantage. Nul pronostic là-dessus à établir d'après la plus ou moins grande intensité de l'invasion (pag. 242-44). Voici d'ailleurs ce qu'ils disent sur cette durée : « Nous avons vu quelquefois le rhumatisme articulaire « général ne se terminer qu'au bout de trois mois. Mais « l'opiniâtre persistance du mal pendant deux à trois mois est « hors de la règle ordinaire, ni plus ni moins qu'une rapide « terminaison au bout de huit jours... La terminaison après « deux septénaires s'observe plus souvent, mais elle n'est pas « encore la plus commune. C'est, en général, du vingtième « au trentième jour que la fièvre rhumatismale accomplit « son cours. Pour durée moyenne et ordinaire, il faut compter environ vingt jours, ou trois septénaires : M. Chomel « l'avait dit, il y a vingt-trois ans, dans sa thèse inaugurale, et d'après les auteurs et d'après sa propre observation (1). »

(1) Il est vrai que cette fixation de la durée du rhumatisme aigu en général, et *non du rhumatisme articulaire aigu en particulier*, se trouve dans la dissertation indiquée. Mais cette évaluation ne repose sur aucun résumé, sur aucune analyse, sur aucune statistique d'un nombre déterminé d'observations recueillies avec les détails convenables. De plus, on ne pose pas nettement les termes de cette durée. On ne dit point, par exemple, à quelle époque *précise* on fixe la *terminaison* de la maladie, la convalescence ou la guérison complète. Or, comment s'entendre, quand on néglige de bien *formuler* tous les élémens de la question que l'on se propose d'étudier et de discuter?

D'ailleurs, chose bien singulière! dans les *Leçons sur le rhumatisme*, on a pris soin de ne rapporter que la moitié du passage de la dissertation où M. Chomel avait indiqué son opinion relativement à la durée du rhumatisme. Voici la partie du passage que l'on rapporte seule : « Dans le rhumatisme aigu, la

Nous démontrons, de notre côté, que la durée du rhumatisme articulaire, essentiellement subordonnée à la médication employée, n'est telle qu'elle est indiquée vaguement par nos adversaires que dans les conditions du traitement mis par eux en usage; et nous appuyant sur plus de deux cents observations recueillies par nous avec les détails nécessaires, nous prouvons que, sous l'influence de la nouvelle méthode au moyen de laquelle nous combattons le rhumatisme articulaire aigu, des cas de cette maladie sem-

durée s'étend RAREMENT au-delà du DEUXIÈME ou TROISIÈME septénaire, quand il est intense. » Mais voici maintenant le passage en entier : « Dans le rhumatisme aigu, la durée s'étend rarement au-delà du deuxième ou troisième septénaire, quand il est intense, ET DU SIXIÈME, quand il est léger. » Pourquoi a-t-on supprimé cette dernière partie de la phrase? Je l'ignore. Pourquoi, d'une autre part, M. Chomel admet-il que la durée du rhumatisme *léger* est double au moins de celle du rhumatisme *intense?* Je l'ignore encore bien davantage. Est-ce l'inverse qu'on a voulu dire? Dans tous les cas, il eût été bon, ce me semble, de rapporter tout entier et non à moitié le passage dans lequel M. Chomel s'était expliqué sur la durée du rhumatisme aigu, passage qui n'était pas fort long, puisqu'il se réduit à une phrase assez courte.

Au reste, à la suite de ce passage, nous en lisons quelques autres qui ne sont rien moins que favorables à cette assertion des leçons sur le rhumatisme, savoir : *que pour durée moyenne et ordinaire de la fièvre rhumatismale, il faut compter environ vingt jours.* Voici textuellement les passages dont il s'agit :

« J'ai cherché à connaître, dit l'auteur, quelle influence les âges et les saisons exercent sur la durée de la maladie. De quinze à trente ans, elle s'est terminée ordinairement avant le QUARANTIÈME jour; de trente à quarante-cinq ans, plus communément après le QUARANTIÈME jour, dans le rapport de deux à un; après quarante-cinq ans, j'ai observé la même chose, mais dans le rapport de quatre à un.

« Les rhumatismes que j'ai vus ont été beaucoup moins longs (ceci est bien vague) dans le printemps que dans toute autre saison; pendant l'automne, un nombre à-peu-près égal s'est terminé avant et après le QUARANTIÈME jour;

blables à ceux que nous avions vus autrefois durer quarante ou cinquante jours, se terminent par la convalescence dans l'espace d'un à deux septénaires, et par une guérison complète dans l'espace de deux à trois septénaires.

S'il en est bien ainsi, et la lecture attentive de cet ouvrage ne permettra pas d'en douter, comment se fait-il que, dans les *Leçons sur le rhumatisme*, on ait pu écrire que la durée moyenne du rhumatisme articulaire aigu, traité par la formule des saignées générales et locales coup sur coup, *dépasse*

beaucoup de ceux qui se sont manifestés pendant l'été, et presque tous ceux qui ont débuté pendant l'hiver, SE SONT PROLONGÉS AU-DELA DE CE TERME. » Pourquoi n'a-t-on pas rapporté ces passages dans les *Leçons sur le rhumatisme*? Pourquoi s'est-on également abstenu d'y consigner les passages suivans extraits des résumés cliniques de M. Chomel, publiés dans la *Gazette des hôpitaux*, de 1833 à 1835?

I. « Les rhumatismes accompagnés de fièvre ont duré VINGT-TROIS JOURS AU MOINS, et CINQUANTE JOURS au plus; les rhumatismes sans fièvre, huit à treize jours. »

II. « L'arthrite (rhumatisme articulaire) disparaît RAREMENT avant le *vingtième jour*, et se prolonge quelquefois TROIS MOIS, *quelle qu'ait été la médication employée!* »

III. « La durée du rhumatisme articulaire général a été *une seule fois* de quinze jours; dans les autres cas, la maladie s'est prolongée de TROIS SEMAINES A TROIS MOIS.

Qu'on prenne, si l'on peut, la *moyenne* de la durée dans les cas ci-dessus résumés, et l'on verra si elle est conforme à celle de vingt jours, assignée à la *fièvre rhumatismale* dans les *Leçons sur le rhumatisme*. Du reste, ici encore, on ne précise point les termes de la durée. Fixe-t-on la fin de la maladie à l'époque de la convalescence, ou bien à l'époque de la guérison consolidée, ou bien à l'époque de la sortie des malades? On ne s'explique nullement sur ce point important. De plus, on ne détermine pas le nombre des cas en général; on ne partage pas ce nombre total en catégories de cas *graves, légers* ou *moyens*, etc., etc. En un mot, on néglige les données les plus importantes pour la solution exacte du problème.

d'un septénaire celle que la plupart des pathologistes donnent comme la plus ordinaire, que la durée de la maladie a été plutôt prolongée que raccourcie par cette large soustraction de sang (pag. 243, 244, 296)?

On trouvera, dans le cours de ce *Traité* et dans le chapitre du rhumatisme articulaire de notre *Clinique médicale*, la réponse à cette question.

7° Nos adversaires ne s'abstiennent point des émissions sanguines dans le traitement du rhumatisme, mais ils s'expriment ainsi à l'égard de ce moyen (pag. 328) : « Au début, chez les sujets jeunes et robustes, la phlébotomie, une ou deux fois pratiquée, est sans contredit très utile... mais elle ne doit jamais être réitérée au point d'abattre profondément les forces du malade.

« Les saignées locales conviennent moins bien que la phlébotomie dans le rhumatisme articulaire fébrile... cependant si l'articulation rhumatisée est en proie à des douleurs tellement intolérables *qu'il y ait des mouvemens convulsifs dans les muscles voisins,* la saignée locale est indiquée. »

Certes, les praticiens trouveront bien rarement l'occasion de recourir à la saignée locale, s'ils se conforment à la lettre de l'indication ci-dessus posée. Quant à nous, sur plus de deux cents cas de rhumatisme articulaire aigu, nous n'en avons rencontré aucun dans lequel les muscles voisins des articulations douloureuses aient été agités de mouvemens convulsifs.

D'un autre côté, les restrictions qu'on met ici à l'emploi de la saignée générale ne paraîtront-elles pas un peu sévères, même à ceux qui pourraient ne pas adopter encore la méthode que nous employons? ne faudra-t-il, en effet, saigner, une ou deux fois, que les *sujets jeunes et robustes,* et à la condition que la *maladie sera encore à son début?* Assuré-

ment, s'il en est ainsi, il faudra dans bien des cas renoncer à la phlébotomie. Pourquoi, d'ailleurs, n'indique-t-on pas la quantité de sang qu'il faut retirer par la phlébotomie pratiquée une ou deux fois, au début, chez les sujets jeunes et vigoureux? Pourquoi ne précise-t-on pas non plus l'intervalle qui doit séparer la première saignée de la seconde, quand on est assez hardi pour pratiquer une seconde saignée, au début et chez les sujets jeunes et vigoureux?

Dire que la saignée ne doit jamais être réitérée au point d'abattre profondément les forces du malade, est un précepte exprimé en termes si peu précis, que son interprétation et son application causeront probablement un certain embarras aux jeunes praticiens.

Il est bien clair que, quelle que soit la formule des émissions sanguines dont on ait fait choix, il faudra la modifier suivant les cas et l'adapter pour ainsi dire aux différentes circonstances principales de ces cas, telles que l'intensité, l'étendue, les complications de la maladie, l'âge, la force, la constitution des sujets, etc., etc. Or, nos adversaires ne précisent point, d'une manière aussi *approximative* que possible, ne catégorisent point les cas; ils ne déterminent point, d'après la statistique raisonnée et exacte d'un nombre suffisant de faits, les *moyennes*, les *maxima* et les *minima* de la quantité de sang qu'il convient de retirer, en un espace de temps donné, dans les principales catégories de cas qui se présentent journellement à la clinique.

Après ces trop rapides réflexions sur les vagues prescriptions de nos adversaires relativement aux émissions sanguines dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, occupons-nous un instant des principes que nous avons posés sur le même sujet, renvoyant pour les détails au dernier chapitre de ce traité.

Notre premier principe, c'est que les émissions sanguines employées contre le rhumatisme articulaire aigu intense, conformément aux pratiques généralement suivies et en quelque sorte *classiques*, restent à-peu-près complètement impuissantes, n'abrègent pas notablement la durée de la maladie, ne préviennent pas la terminaison funeste, dans les cas, heureusement assez rares, où elle peut avoir lieu, n'empêchent pas le passage du rhumatisme articulaire lui-même et surtout du rhumatisme concomitant du cœur à l'état chronique, d'où plus tard des accidens si graves et si souvent mortels. On trouvera, dans le courant de cet ouvrage, et dans l'observation de chaque jour au lit des malades, une démonstration hélas! trop évidente du principe que je viens de poser.

La conséquence de ce premier principe, l'indication des saignées nous paraissant d'ailleurs bien établie, c'était de substituer aux pratiques classiques une pratique plus énergique, et de là celle que nous désignons sous le nom de *Formule des saignées coup sur coup*, ou simplement de *Nouvelle formule des émissions sanguines*, formule dont nous avons, ainsi qu'on sait, étendu l'application à toutes les grandes phlegmasies. L'énergie et l'efficacité de cette nouvelle formule tiennent à-la-fois et à la dose plus considérable de sang qu'elle prescrit, et surtout à la plus grande rapidité avec laquelle cette dose de sang est enlevée (1).

Notre second principe, c'est que la formule générale que nous désignons sous le nom ci-dessus indiqué, doit être accommodée, appropriée à chaque catégorie de cas, aux divers

(1) Pour l'explication des effets thérapeutiques de cette formule en général, on peut consulter notre *Clinique médicale*, et notre *Essai de philosophie médicale*. C'eût été tomber dans des répétitions superflues, que de revenir ici sur cette explication.

degrés d'intensité du rhumatisme articulaire aigu (1), aux complications, aux circonstances individuelles, à toutes les conditions, en un mot, dont la connaissance et la détermination relèvent de la saine clinique. De là de nombreuses variantes que nous avons eu soin d'exposer en temps et lieu; variantes tellement différentes entre elles, que dans l'une, par exemple, il ne s'agit que de deux à trois livres de sang et même moins, enlevées dans l'espace de vingt-quatre à quarante-huit heures, tandis que dans une autre, il s'agit de six, sept livres de sang et même plus, enlevées dans l'espace de trois, quatre ou cinq jours.

On trouvera dans notre chapitre du traitement des documens statistiques à ce sujet. Nous croyons qu'ils jettent une vive et précieuse lumière sur l'emploi de la nouvelle formule. Nous ajouterons que si de bons et nombreux observateurs travaillaient à la matière médicale et à la thérapeutique en général, dans la direction, ou si l'on veut dans l'esprit d'exactitude dont nous essayons de leur donner un faible exemple, cette partie capitale et suprême de la médecine ne tarderait pas à sortir de l'état assez misérable dans lequel elle a langui jusqu'ici, et signalé en ces termes par l'immortel auteur de l'anatomie générale : « Il n'y a point eu en matière médicale de systèmes généraux; mais cette science a été tour-à-tour influencée par ceux qui ont dominé en médecine; chacun a reflué sur elle, si je puis m'exprimer ainsi. De là le vague, l'incertitude qu'elle nous présente aujourd'hui. Incohérent assemblage d'opinions elles-mêmes incohérentes, elle est peut-être de toutes les sciences physiologiques celle où se peignent le

(1) Est-il besoin de dire que les cas très légers ne comportent point la formule des saignées *coup sur coup*, puisque alors, une seule saignée peut suffire, et qu'on peut même s'abstenir de toute saignée dans quelques-uns de ces cas?

mieux les travers de l'esprit humain. Que dis-je? ce n'est point une science pour un esprit méthodique, c'est un ensemble informe d'idées inexactes, d'observations souvent puériles, de moyens illusoires, de formules aussi bizarrement conçues que fastidieusement assemblées. *On dit que la pratique de la médecine est rebutante : je dis plus, elle n'est pas, sous certains rapports, celle d'un homme raisonnable, quand on en puise les principes dans la plupart de nos matières médicales.* »

Les règles générales et spéciales à observer quant à la dose et au nombre des saignées, à l'espace de temps durant lequel elles doivent être pratiquées, à la proportion des saignées générales et locales; les résultats fournis par l'analyse statistique d'un nombre de cas considérable, catégorisés d'après leurs principaux degrés de gravité, etc., etc.; tout cela, je le répète, se trouvera dans le dernier chapitre de ce traité.

Les principaux effets de cette nouvelle formule des émissions sanguines, appliquée à temps et secondée par les tisanes et la diète, dites *antiphlogistiques*, sont les suivans : elle réduit à zéro la mortalité; elle prévient le passage de la maladie à l'état chronique, terminaison fâcheuse même lorsqu'elle n'a lieu que pour l'affection des articulations, mais très grave, et souvent mortelle, au bout d'un temps plus ou moins long, quand elle a lieu également, ce qui est bien plus commun, pour les affections du cœur et spécialement l'endocardite, compagne presque constante des grands rhumatismes articulaires généralisés; enfin, elle abrège la durée de la maladie au point que, règle générale, la convalescence commence, terme moyen, dans le courant du premier septénaire; elle hâte la marche de cette convalescence et diminue de moitié, sans exagération, la durée du séjour des malades à l'hôpital (même en laissant de côté les cas légers, elle n'a été

que de vingt-cinq jours environ chez les malades dont nous rapporterons les observations au chapitre du traitement).

Cependant, par un aveuglement vraiment inconcevable, en dépit des faits les plus authentiques, nos adversaires proclament que la supériorité reconnue par nous à notre méthode est purement *imaginaire*, et même que cette méthode prolonge la durée de la maladie, éternise la convalescence, etc. (pag. 292 et 328).

Plaise donc au ciel, et, nous avons déjà exprimé ce vœu dans notre *Clinique médicale*; plaise au ciel qu'un jour, le plus prochain possible, une commission d'enquête, solennellement instituée par les autorités compétentes, soit enfin saisie de cette question *vitale*, et appelée, après s'être suffisamment éclairée, à prononcer consciencieusement entre notre méthode et celle de nos adversaires!

Qu'il me soit permis d'ajouter qu'au chapitre du traitement du rhumatisme articulaire, nous montrerons combien notre manière de procéder, dans cette partie de son histoire, comme dans les autres, est plus sévère, plus exacte, plus laborieuse, par conséquent, que celle de nos adversaires. Il est vrai qu'ils ne paraissent pas attacher un grand prix à cette manière d'étudier et d'enseigner la médecine, du moins si j'en juge par le passage suivant de l'auteur de l'avant-propos des *Leçons sur le rhumatisme* : « Avec cette grosse « d'observations que j'avais par devers moi (*environ* 150, « suivant l'auteur), et que j'ai toutes dépouillées, toutes lues « et relues, j'aurais pu, comme un autre, chiffrer de la sta- « tistique, tant bien que mal. Les *intro-statisticiens* me re- « procheront bien d'y avoir manqué. Pour toute réponse, *je « me retrancherai derrière l'autorité du maître dont je « n'étais ici que l'interprète. Convenait-il que, sous ce rap- « port, je fisse rien au-delà de ce qu'il a fait lui-même dans*

« *ses leçons et dans sa thèse?* Quant à mon opinion person-
« nelle sur le mérite de ce qu'on nomme statistique médi-
« cale, les lecteurs, j'imagine, s'en soucieraient fort peu :
« quel crédit aurait-elle, n'étant point entourée de ses preu-
« ves? Mais tôt ou tard, je le sens, viendra le jour où je ne
« résisterai plus à la démangeaison de m'expliquer à cœur
« ouvert sur ce point, et de m'écrier avec le satirique latin :

> « *Semper ego auditor tantùm? numquamne reponam,*
> « *Vexatus toties. . . . .* »

Jeunes cliniciens, vous surtout qui vous destinez à la carrière de l'enseignement, et qui êtes appelés à remplacer un jour les professeurs de clinique actuels, que l'autorité et l'exemple du maître de l'auteur de ce passage ne soient point une loi pour vous. Recueillez, avec la plus scrupuleuse exactitude, les observations particulières, notez-en expressément toutes les circonstances utiles à connaître, et péchez ici plutôt par excès que par défaut; rassemblez ces observations en masses et en faisceaux; comptez-les et pesez-les bien; rapprochez-les, comparez-les sous tous leurs rapports, cherchez et exposez ce qu'elles ont de commun entre elles; généralisez ou formulez des lois et des principes avec toute la prudence, toute la circonspection nécessaires. Cela fait, classez bien, catégorisez, appareillez pour ainsi dire les observations; traitez ces classes et ces catégories comme les masses qui vous les ont fournies. Mesurez ce qui peut être mesuré, pesez et calculez ce qui peut être pesé et calculé; faites et refaites l'*analyse* après la *synthèse* et réciproquement; en un mot, mettez à contribution toutes les facultés de l'esprit d'observation et de l'esprit philosophique; procédez avec toute la précision, toute l'exactitude possible; continuez ce pénible métier pendant de lon-

gues années, et l'on peut vous promettre une abondante moisson de découvertes et de gloire, sans préjudice d'une foule de persécutions, grandes, moyennes ou petites, par dessus le marché.

8° Enfin, nos adversaires soutiennent que le rhumatisme articulaire ne doit pas être rangé dans la classe des phlegmasies. Ils lui font une place entre ces phlegmasies et les hémorrhagies. Ils admettent bien que ce rhumatisme se montre fréquemment avec des phénomènes évidemment inflammatoires; mais, ajoutent-ils, ce n'est pas dans les parties affectées de rhumatisme que ces phénomènes ont leur siège. Une des principales raisons sur lesquelles ils se fondent pour contester au rhumatisme articulaire une nature inflammatoire, c'est que, selon eux, il n'existe aucun exemple indubitable de terminaison de cette maladie par suppuration (1).

Quant à nous, d'après la considération des altérations que le rhumatisme articulaire bien caractérisé entraîne à sa suite, et surtout de sa terminaison par suppuration ou épanchement purulent, quand il sévit à un haut degré d'intensité, terminaison dont nous avons rapporté plus de trente observations, pour la plupart indubitables; d'après la considération de ses symptômes locaux et généraux, qui sont ceux des maladies inflammatoires les plus franches, les plus sincères, les plus légitimes; d'après la considération de certains accompagnemens intérieurs de cette maladie, tels que la péricardite, l'endocardite, la pleurésie, etc., lesquelles ne sont réellement autre chose que des rhumatismes intérieurs; d'après la considération de la cause ordinaire du rhumatisme articulaire aigu,

(1) A la page 439 des *Leçons du rhumatisme*, on lit que la terminaison par suppuration *est complètement inadmissible à l'égard du rhumatisme musculaire, et très peu probable à l'égard du rhumatisme articulaire.*

qui est essentiellement la même que celle de la pneumonie, de la pleurésie, de l'angine, etc., en un mot, des maladies dont le génie inflammatoire ne saurait être contesté par personne; d'après l'expérience la plus répétée des succès vraiment admirables qu'on obtient de l'emploi bien entendu, et suffisamment énergique, des émissions sanguines (nous en donnerons la formule) dans le traitement de ce même rhumatisme articulaire; quant à nous, dis-je, frappé de toutes ces considérations auxquelles nous pourrions en ajouter quelques autres, nous déclarons hautement que le rhumatisme articulaire bien caractérisé (*fièvre rhumatismale*) doit être placé au premier rang des maladies *essentiellement* inflammatoires, dont il constitue, je ne crains pas de le dire, un des *modèles* ou des *types* les plus parfaits (1).

Nous venons d'opposer les unes aux autres les doctrines de l'auteur de cet ouvrage, et celles que l'on trouve dans les ouvrages de l'un des *classiques* les plus célèbres de l'*école médicale*, qui a précédé l'ère nouvelle où la clinique est arrivée.

Nous laissons maintenant aux lecteurs impartiaux et bien éclairés le soin de se prononcer entre ces doctrines antagonistes. Nous osons espérer qu'ils trouveront dans ce *Traité* les pièces et les documens essentiels dont ils ont besoin pour adopter telle ou telle opinion, en parfaite connaissance de cause. Ceux qui auront auparavant pris la peine de lire les œuvres de nos adversaires, et notamment les *Leçons sur le*

(1) Il est bien entendu que, comme les autres maladies inflammatoires de même origine que lui, et plus encore peut-être qu'un grand nombre d'entre elles, le rhumatisme articulaire ou l'arthrite rhumatismale est susceptible de divers degrés d'intensité, dont le plus élevé est celui qui se termine par suppuration.

rhumatisme, sauront alors quelle espèce de justice nous y a été rendue.

Si les lecteurs trouvent que nos doctrines, laborieusement déduites et pour ainsi dire exprimées de la pure substance de plus de deux cents observations, exactement recueillies, et dont plus d'une centaine ont été rapportées en détail, soit dans cet ouvrage, soit dans notre *Clinique médicale*, soit dans notre *Traité clinique des maladies du cœur;* si, dis-je, les lecteurs trouvent que ces doctrines sont conformes à la plus saine observation, à l'expérience la plus rigoureuse, ils auront quelque indulgence pour des phrases un peu vives qui auraient pu nous échapper, quand il nous a fallu porter un jugement sur les doctrines opposées de nos adversaires.

Profondément convaincu par les recherches cliniques les plus assidues et les plus répétées, que, sous la plupart des rapports, nos antagonistes avaient commis de graves erreurs dans l'étude du rhumatisme articulaire, fallait-il donc renoncer à toute discussion critique ou même grossir le nombre de leurs admirateurs? Non, nous ne pouvions ainsi faillir à notre conscience; toutefois, nous avons bien pris soin de nous abstenir de ces formes acerbes et violentes outre mesure, dont on nous avait donné l'exemple dans les *Leçons sur le rhumatisme.*

Heureux d'avoir trouvé quelque sympathie parmi tous les vrais amis du progrès, certain de n'avoir rien négligé pour rester fidèle à la loi du devoir, ainsi qu'à celle de la vérité, je terminerai cette préface comme celle de mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme,* par le passage suivant de Sydenham (1) : *Si qui reperiantur, qui vitio statim vertunt, si quis novi aliquid, ab illis non prius dictum, vel etiam*

(1) *Opera medica,* t. 1, p. 4, éd. MDCXXXVI.

inauditum, in medium proferat, hujus modi ego homines æquo me animo laturum spero (1).

(1) L'espace ne me permet pas de citer ici tous les confrères, élèves et amis qui, témoins assidus et en quelque sorte compagnons de mes travaux, ont, chacun suivant ses forces, prêté l'appui de leur zèle et de leur talent aux nouvelles doctrines exposées dans ce *Traité*. Tels sont entre autres: MM. *Capuron*, ce défenseur né de tous les progrès, Jules *Pelletan, Montault*, *Raciborski*, mes anciens chefs de clinique, *F. Andry*, chef de clinique actuel, le poète du rhumatisme, *Lecouteulx*, aide de clinique, *Desclaux, Tournié*, *Lemaire*, *Péturet*, *Peixoto, Sanguinetti, Denise*, *Lalanne*, *Bressant*, *Nauthonnier*, *Clémenceau*, *Chevé*, *Sarazin*, *Éd. Vergne*, *Coquet-du-Sablon*, *Gigon*, *Marandat*, *Faure*, *L. Chapel*, *Jallat*, *Michel*, *Henroz*, *Saussier*, *Hillairet*, *Latranchade*, *Jamin*, *Peyraud*, *Fouassier*, *Toussaint*, *Carteron*, *Courtaud*, *Jolly*, *Levaillant*, *Moysen*, *Lalaurie*, *Faivre*, *Eby*, *Despréaux*, *Renauldin*, *Gorsse*, *Babin*, *Rivière*, *Poumier*, *Chaline*, *Morestin*, *Picard*, *Bosmans*, jeune homme infortuné que la mort vient de moissonner dans sa fleur, *Bosmans* qui m'était si cher, et à la mémoire duquel je me fais un pieux devoir de consacrer ce douloureux souvenir.

Je dois une mention particulière à mon excellent élève, M. A. Foucart, qui m'a secondé, avec un zèle si dévoué, dans quelques-uns des travaux nécessaires à la composition de cet ouvrage.

TRAITÉ CLINIQUE

DU RHUMATISME

ARTICULAIRE.

PRÉAMBULE.

QUELQUES MOTS SUR LE RHUMATISME EN GÉNÉRAL.

Si l'on consulte les divers auteurs qui ont fait du rhumatisme un objet spécial de leurs recherches, on y rencontre la plus déplorable incertitude sur la véritable nature de cette affection, ainsi que sur son siège. On ne sera pas surpris, d'ailleurs, de cette incertitude quand on réfléchira que jusqu'ici, les auteurs les plus classiques, quelle que soit l'école à laquelle ils appartiennent, proclament hautement que l'anatomie pathologique, ce flambeau de la médecine, n'a point encore lui sur l'affection dont il s'agit.

Ceux-ci considèrent le rhumatisme comme une inflammation, soit simple ou ordinaire, soit *spéciale;* ceux-là veulent, au contraire, qu'on fasse du rhumatisme une maladie à part, une affection *sui generis;* d'autres enseignent que le rhumatisme est tantôt inflammatoire et tantôt non inflammatoire, etc.

Pinel, dans les premières éditions de sa nosographie, parle du rhumatisme à l'occasion des phlegmasies musculaires, et ne le distingue même pas alors en rhumatisme musculaire et en rhumatisme articulaire ou fibreux (cette distinction se trouve dans les dernières éditions). Deux pages à peine sont consacrées à cette *phlegmasie musculaire*, sans qu'on s'oc-

cupe le moins du monde de montrer en quoi elle peut différer de certaines phlegmasies musculaires produites par des causes autres que celle qui détermine le *rhumatisme.*

Il faut, d'ailleurs, en convenir : pendant le long règne des écoles de Pinel, de Bichat et de Broussais, il n'est apparu aucun ouvrage de clinique, assez riche de faits pour dissiper les épaisses ténèbres qui enveloppaient la plupart des questions relatives aux points les plus importans de l'étude du rhumatisme. L'ère de la clinique exacte n'était pas encore venue pour cette maladie.

Les affections qui portent le nom de rhumatisme revêtent des *formes* si diverses, selon les différens degrés d'intensité dont le mal est susceptible et selon qu'il siège dans tel ou tel tissu, dans tel ou tel organe extérieur ou intérieur, qu'il semble, au premier abord, qu'on a désigné sous une seule et même dénomination des états morbides *essentiellement* distincts les uns des autres. L'analyse exacte de toutes ces formes rhumatismales, depuis celle qui consiste en des douleurs fugaces, errantes, vagabondes, mobiles, rapides comme l'éclair, qu'on appelle douleurs *rhumatismales* ou simplement *douleurs*, jusqu'à cette forme violente qui porte le nom de rhumatisme articulaire aigu plus ou moins fixe ou de *fièvre rhumatismale;* l'exposition de leurs caractères communs et de leurs caractères spéciaux ou différentiels, ne se trouvent dans aucun des ouvrages qui ont paru jusqu'ici sur la matière.

Depuis huit ans, j'ai recueilli assez de matériaux cliniques pour la composition d'une histoire détaillée de chacune des principales formes ou espèces de la maladie désignée sous le nom de rhumatisme. Mais le temps et l'espace ne me permettent pas aujourd'hui l'exécution d'un si long travail. Mon objet spécial est l'étude de la forme la plus importante de toutes celles que peut revêtir le rhumatisme, de celle généralement connue sous le nom de *rhumatisme articulaire.*

Toutefois, la connaissance approfondie de cette forme, qui se combine souvent avec les autres, suffira pour jeter un jour nouveau sur ces dernières; et à l'occasion de ces combinaisons, je présenterai les considérations qui me paraîtront les plus propres à dissiper les incertitudes et les obscurités que

nous présente à chaque pas l'étude du rhumatisme, telle que nous la trouvons dans les auteurs les plus estimés.

La forme avec laquelle se combine le plus fréquemment le rhumatisme dit articulaire ou fibreux, est celle qui porte le nom de *rhumatisme musculaire*, et qui, jusqu'à ces derniers temps, avait même été considérée comme constituant le rhumatisme par excellence. Or, de même que nous démontrerons par les faits les plus positifs et les plus concluans que le rhumatisme dit *fibreux*, soit qu'il occupe les parties extérieures, les articulations entre autres, soit qu'il réside dans les organes intérieurs, le cœur, par exemple, sévit plus *essentiellement* encore sur les tissus séreux (synoviales et membranes séreuses proprement dites) que sur les tissus fibreux, qui ne se prennent en quelque sorte qu'en raison de leurs *rapports* avec ces tissus séreux (1), ainsi des faits non moins positifs et non moins concluans prouvent que le rhumatisme dit *musculaire*, soit extérieur, soit intérieur, affecte moins directement, et si, l'on peut ainsi dire, moins immédiatement, moins primitivement le tissu musculaire que le tissu cellulaire intermusculaire, d'où il peut se propager plus profondément, et envahir non-seulement les fibres musculaires elles-mêmes, mais le périoste, le tissu cellulaire sous-périostique et le tissu osseux lui-même. (2)

Nos recherches établiront surabondamment que, sous l'empire de la même cause qui détermine cet état morbide particulier connu sous le nom de *rhumatisme articulaire*, on voit, dans l'immense majorité des cas où cette cause s'est exercée avec intensité sur un grand nombre d'articulations, se développer dans les tissus séreux et séro-fibreux des or-

(1) D'ailleurs, soit en raison de l'intensité et de la profondeur avec laquelle peut avoir frappé la cause rhumatismale, soit en raison de la *loi* de propagation de l'inflammation par *contiguïté* et *continuité*, tous les autres tissus voisins pourront participer plus ou moins à l'*état inflammatoire d'origine rhumatismale.*

(2) Les synoviales qui tapissent les gaînes des tendons partagent le plus souvent le travail inflammatoire rhumatismal dont les synoviales articulaires ou le tissu cellulaire musculaire peuvent être le siége.

ganes intérieurs, et dans ceux du cœur plus spécialement, des états morbides analogues, identiques à celui des tissus séro-fibreux extérieurs. Nous ne devons pas nous appesantir ici sur cet important rapport, sur cette *nouvelle loi*, tant contestée d'abord, aujourd'hui si évidente; mais il était bon de la signaler dès en commençant, parce qu'elle constitue un rapprochement qui nous éclaire sur le véritable siège du *rhumatisme* dit *articulaire*.

Toutefois, ce n'est pas seulement sur les tissus séro-fibreux des organes intérieurs, c'est aussi sur les mêmes tissus concourant à la composition des organes extérieurs, telles que les veines, les artères, les nerfs, etc., que la cause rhumatismale peut exercer son influence. On ne sera donc point étonné si l'on voit souvent des *phlébites*, des névralgies inflammatoires ou de véritables *névrites* coïncider aussi avec un violent *rhumatisme articulaire aigu*. Ce sont là des phlébites, des névrites que nous appelons *rhumatismales*. Et de même que l'on voit le rhumatisme articulaire ou l'arthrite rhumatismale se développer sans accompagnement de véritable phlébite ou de névrite rhumatismale, de même aussi certaines angéites ou névrites rhumatismales peuvent se manifester en l'absence de rhumatisme articulaire ou d'arthrite rhumatismale. (1)

Sans énumérer maintenant de nouveaux tissus ou de nouveaux organes dans lesquels puisse se rencontrer une affec-

(1) Le *rhumatisme* des nerfs doués de fonctions si diverses est une forme rhumatismale dont l'étude avait été trop négligée jusqu'ici. Elle est réellement la clef d'une foule de phénomènes et d'accidens qui avaient singulièrement embarrassé les auteurs. Il y a la même différence entre les phénomènes dont il s'agit et ceux qui caractérisent l'inflammation bien caractérisée des organes mêmes où se trouvent ces nerfs, qu'entre une pleurodynie et une pleurésie, une gastralgie et une gastrite, une péritonite et une *abdominalgie* ou une *abdominodynie* (qu'on me passe ces expressions pour désigner une névralgie des parois abdominales, comme on appelle *pleurodynie* une névralgie des parois de la poitrine). Que dis-je? Les phénomènes dont il s'agit ne sont eux-mêmes qu'une espèce particulière de névralgie, une *névralgie* rhumatismale ou si l'on veut une irritation plus ou moins vive des nerfs, affection qui se traduit par des symptômes très divers, selon les fonctions auxquelles président les nerfs malades.

tion dite rhumatismale, *un vrai rhumatisme,* je dirai, d'une manière générale, qu'il en est peu, s'il en est réellement, qui soient entièrement à l'abri des atteintes de la maladie dont il s'agit. Et pour donner plus de précision à ma pensée, j'ajouterai, par anticipation, que la cause *essentielle* et *unique* des véritables affections rhumatismales, quelle que soit leur forme, est l'influence du froid, du froid humide surtout, influence qui se fait sentir avec d'autant plus d'énergie ou d'intensité, qu'elle s'applique sur l'organisme au moment où sa température est portée à un degré plus élevé au-dessus de l'état normal avec accompagnement de sueurs.

Cela posé, il s'ensuit que, toutes choses d'ailleurs égales, les organes les plus exposés aux affections rhumatismales, devront être ceux qui sont les plus accessibles à l'influence que nous signalons. Or, cette conséquence ou cette *induction* est chaque jour confirmée par l'observation et l'expérience.

Une autre conséquence de ce qui précède, c'est que la cause ou l'influence dont il s'agit, s'appliquant le plus souvent à un grand nombre de points à-la-fois, et à l'économie presque tout entière, il doit en résulter des affections *multiples*, quoique essentiellement les mêmes au fond, et une sorte de diathèse générale ou d'affection *constitutionnelle* qui, dans un certain nombre de cas du moins, semble dominer les affections locales multiples et *disséminées*. Or, cette nouvelle conséquence ou cette nouvelle *induction* est elle-même admirablement conforme à l'observation journalière, pourvu qu'elle soit exacte et *bien faite.* En effet, chez les individus qui ont reçu dans toute sa plénitude, dans toute son énergie, l'impression de l'influence que nous signalons, ce n'est pas ordinairement une seule articulation ou un seul muscle, mais plusieurs ; ce ne sont pas seulement les articulations et les muscles, ce ne sont pas seulement les parties extérieures, mais aussi plusieurs organes intérieurs, spécialement le cœur et l'appareil vasculaire tout entier qui se prennent, et de là cette grande *fièvre* dite *rhumatismale*, véritable type de l'état général décrit sous le nom de *fièvre inflammatoire.* En présence de cette fièvre inflammatoire modèle, en présence de ces affections locales tant extérieures

qu'intérieures, dans lesquelles éclate le génie inflammatoire dans toute sa pureté, dans toute sa légitimité, n'est-ce pas une chose des plus étonnantes que de voir encore aujourd'hui des hommes qui se piquent d'être observateurs, s'obstiner à repousser de la classe des inflammations un rhumatisme articulaire bien caractérisé! Certes, si l'on bannissait du cadre des phlegmasies toutes les maladies qui en font partie, moins une seule, c'est ce rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé qui devrait y rester.

Mais c'en est assez sur le rhumatisme considéré d'une manière générale. Il est temps d'entrer directement en matière et d'aborder l'objet particulier de ce traité, savoir le *rhumatisme articulaire*.

CHAPITRE PREMIER.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE OU CARACTÈRES ANATOMIQUES, SUITES ET TERMINAISONS DU RHUMATISME ARTICULAIRE; DÉMONSTRATION CLINIQUE DE LA LOI DE COÏNCIDENCE DE L'ENDOCARDITE ET DE LA PÉRICARDITE AVEC CETTE MALADIE.

Considérations préliminaires et division de ce chapitre.

Si la maladie qui porte le nom de rhumatisme articulaire, ou de *fièvre rhumatismale* consistait uniquement, comme l'indique la première de ces dénominations, en une affection déterminée de l'un ou de plusieurs des élémens qui concourent à la formation des articulations, ma tâche serait plus courte et plus facile à remplir. Mais depuis les recherches long-temps continuées de l'auteur de cet ouvrage, dans l'immense majorité des cas désignés sous le simple nom de rhumatisme articulaire aigu intense, l'affection articulaire, plus ou moins disséminée, n'est pas l'*unique* élément de la maladie; et même, dans un bon nombre de ces cas, cette affection articulaire n'est réellement pas le *principal* élément de la maladie. Or, sans la connaissance de son autre élément, on n'aurait qu'une idée très incomplète de l'importante maladie qui va nous occuper. Mais quel est donc cet élément nouveau à la présence duquel nous semblons attacher une si haute valeur? Ce nouvel élément est précisément la coïncidence ou la coexistence de certaines *inflammations intérieures* et spécialement de celle des tissus séro-fibreux du cœur (endocardite et

péricardite) avec le rhumatisme *extérieur*, lequel, comme nous le démontrerons clairement dans cet ouvrage, n'est lui-même qu'une inflammation du tissu séro-fibreux des articulations, de même que ces phlegmasies coïncidentes des tissus séro-fibreux du cœur ne sont de leur côté que des rhumatismes aigus de cet organe.

Ainsi donc, dans la plupart des cas étudiés jusqu'ici sous le titre de rhumatisme articulaire aigu, le rhumatisme est pour ainsi dire double : il est à-la-fois *extérieur* et *intérieur*, et je ne prouverai que trop, dans le cours de ce *traité*, que, comme je le disais tout-à-l'heure, le rhumatisme intérieur prédomine souvent sur le rhumatisme extérieur, l'absorbe en quelque sorte, et poursuit opiniâtrément sa marche et ses ravages long-temps après qu'il ne reste plus aucune trace du rhumatisme extérieur.

Et de ce que le *rhumatisme aigu du cœur* ou l'endocardite et la péricardite *rhumatismales* ne se rencontrent pas dans tous les cas de rhumatisme articulaire *sans exception*, qu'on se garde bien d'en arguer qu'elles ne sont réellement pas un des élémens constituans et, si j'ose le dire, un des principes intégrans de l'affection décrite sous le nom de rhumatisme articulaire aigu. En effet, autant vaudrait dire que l'inflammation rhumatismale d'un genou ou de toute autre articulation n'est pas non plus un des élémens du rhumatisme articulaire aigu plus ou moins généralisé, parce que cette inflammation de telle ou telle articulation en particulier ne se présente pas constamment chez tous les individus atteints d'un rhumatisme articulaire aigu disséminé ou éparpillé sur plusieurs articulations. Le raisonnement précédent n'est point, d'ailleurs, forcé, car, étant donné un cas de rhumatisme articulaire intense affectant plusieurs articulations, il y a certainement autant à parier pour l'existence d'une phlegmasie rhumatismale du cœur que pour celle de toute articulation que l'on voudra prendre au choix, un des genoux, par exemple.

Quoi qu'il en soit, si ce qui précède est bien vrai, il en résulte que, sous quelque point de vue qu'on envisage désormais la maladie *multiple* dite rhumatisme articulaire, on ne saurait se dispenser de prendre en très sérieuse considération les

coïncidences ou les accompagnemens *intérieurs* qui viennent d'être signalés.

C'est pourquoi dans ce premier chapitre, consacré à l'anatomie pathologique et pour ainsi dire au *corps* même du rhumatisme articulaire, après avoir rapporté les observations qui se rattachent spécialement à l'existence des altérations articulaires que cette maladie détermine, nous en présenterons d'autres qui seront autant d'exemples des altérations que le cœur éprouve par l'effet de cette même maladie fixée sur lui, lesquelles altérations ne permettront aucune espèce de doute sur la réalité d'une découverte qui, comme on le voit, nécessite une sorte de *révolution* dans l'étude même du rhumatisme articulaire.

Toutefois, tandis que nous décrirons ensuite d'une manière générale et aussi détaillée que le comporte l'état actuel de la science, les altérations anatomiques des articulations, content d'avoir démontré par des faits particuliers la *loi* de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite *rhumatismales* avec l'arthrite également *rhumatismale,* nous renverrons pour la description générale et détaillée des altérations qui caractérisent les premières, selon leurs diverses périodes, à notre *Traité clinique des maladies du cœur.*

Voici finalement quelle sera la division de ce chapitre. Il comprendra deux sections.

Dans la première, composée de deux articles distincts se trouveront 1° les observations propres à éclairer l'anatomie pathologique du *rhumatisme articulaire lui-même;* 2° les faits et les recherches diverses relativement à la loi de coïncidence des inflammations rhumatismales du cœur avec l'inflammation rhumatismale des articulations.

La seconde section sera consacrée à la description générale des altérations que l'affection dite rhumatismale détermine dans les divers tissus élémentaires des articulations, et dans les *secreta* de quelques-uns de ces tissus, au premier rang desquels il faut placer la membrane synoviale, le plus *inflammable* d'entre eux.

PREMIÈRE SECTION.

ARTICLE PREMIER.

Observations particulières propres à éclairer sur le siège précis, les caractères anatomiques, les suites et les terminaisons du rhumatisme articulaire et musculaire.

Réflexions préliminaires et catégorisation des faits.

Les auteurs qui ont jusqu'ici publié des dissertations ou des traités sur le rhumatisme en général, et sur le rhumatisme articulaire en particulier, ne fournissent que bien peu de matériaux pour la composition du chapitre relatif à l'anatomie pathologique de cette affection, chapitre qu'ils ont, pour ainsi dire, laissé en blanc dans leurs ouvrages. Il y a plus : c'est que dans le traité le plus récemment publié sur cette matière, il ne se trouve aucun chapitre qui soit spécialement consacré à la description des caractères anatomico-pathologiques du rhumatisme en général, et ce n'est que *pour mémoire* qu'on a fait un paragraphe pour l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu en particulier. (1)

Dans son *Essai sur le rhumatisme* (thèse soutenue en 1813, à la Faculté de médecine de Paris), M. Chomel s'exprimait ainsi : « L'anatomie pathologique *qui a répandu de si grandes lumières sur les affections organiques et la plupart des phlegmasies, n'a encore rien appris de certain sur les névroses, les fièvres, et sur le* RHUMATISME..... *Quelques médecins ont eu occasion d'ouvrir des individus morts*

(1) *Leçons de Clinique médicale* faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le professeur A. F. Chomel, 1837. Aux pages 263 et 264, on trouve ce qui suit : « Ce paragraphe (celui qui a pour titre : *Anatomie pathologique*) n'est vraiment ici que pour mémoire : car, à parler rigoureusement, c'est un titre et rien de plus. Il y a là une lacune réelle, une case vide dans l'histoire du rhumatisme articulaire aigu..... L'anatomie pathologique a été jusqu'à présent aussi vainement interrogée à l'égard du rhumatisme articulaire aigu qu'à l'égard du rhumatisme musculaire, et à vrai dire, elle est NULLE pour l'un et l'autre dans l'état actuel de la science. »

pendant le cours d'un rhumatisme aigu, et ils n'ont observé aucune espèce de lésion dans les parties qui paraissent être le siège du rhumatisme. » M. Roche reconnaît que l'anatomie pathologique serait d'un grand secours pour décider la question de la nature du rhumatisme. « Malheureusement, ajoute-t-il, elle n'a jeté jusqu'à ce jour que des lumières incertaines sur ce problème, et nous l'invoquerions en vain pour le résoudre. » (1)

A défaut d'autre mérite, les présentes recherches auront donc du moins celui de la nouveauté. Sans doute, l'anatomie pathologique du rhumatisme articulaire aigu n'est pas la partie la plus avancée de son histoire. Néanmoins, nous allons démontrer par des observations assez nombreuses, qu'*elle n'est pas absolument nulle,* tant s'en faut, dans l'état actuel de la science.

Ces observations particulières établiront, entre autres vérités, que le rhumatisme articulaire peut entraîner à sa suite la suppuration, mode de *terminaison* qui est révoqué en doute, ou même nié par quelques auteurs de nos jours. (2)

Nous recommandons ces faits particuliers à l'attention de ceux qui, comme nous, sont dégagés de tout esprit de prévention et inspirés de l'unique désir de voir triompher la vérité.

Parmi les objections au moyen desquelles quelques auteurs modernes s'efforcent de soutenir des opinions anciennement émises par eux, se trouvent celle-ci, savoir: que les cas de rhumatisme dans lesquels on prétend avoir rencontré du pus dans les synoviales ou dans le tissu cellulaire, n'étaient pas réellement des cas de *rhumatisme*. Je suis bien loin de méconnaître la force de l'objection, et je

(1) Voy. l'article ARTHRITE RHUMATISMALE du *Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques,* Paris, 1829, t. III, p. 455.

(2) Les faits *bien observés* relatifs à l'anatomie pathologique exacte du rhumatisme articulaire chronique manquent presque complètement dans l'état actuel de la science. C'est un important sujet de recherches. Je me contenterai de rapporter une observation assez détaillée à la suite de l'exposition générale des caractères anatomiques de cette forme de rhumatisme articulaire.

déclare qu'elle est légitime et parfaitement fondée à l'égard de quelques cas, tels que ceux de la troisième des catégories de faits comprises dans cet article; mais cette objection tombe complètement devant l'évidence de certains autres cas, beaucoup plus nombreux que les précédens. Entre ces deux catégories de cas, il en est une troisième comprenant les cas dans lesquels l'existence d'un véritable rhumatisme n'est pas tellement évidente, qu'il ne soit permis d'élever quelques doutes.

Les trente-sept observations que contient cet article ont été catégorisées conformément aux principes ci-dessus énoncés. J'ai lu et relu, et pesé, à diverses reprises, les trente-cinq observations des deux premières catégories, afin de ne rien négliger pour éviter toute erreur grave dans leur classement. Peu de lecteurs se feront une juste idée de tout le temps et de toute la patience qu'il m'a fallu pour une opération en apparence si mince et si chétive. Cela ne sera compris que par ceux qui ont quelque expérience de ce genre d'opération, incontestablement la plus délicate et la plus difficile de toutes celles au moyen desquelles on peut parvenir à construire l'édifice scientifique sur des bases solides et inébranlables.

Si cette opération de l'esprit est laborieuse, même quand il s'agit d'observations suffisamment détaillées qu'on a recueillies soi-même, combien ne l'est-elle pas davantage quand elle roule sur des observations peu ou point détaillées, qui ont été recueillies par d'autres! C'est surtout dans les cas de cette espèce, que le nom des observateurs doit être quelquefois considéré comme la meilleure garantie contre toute erreur de diagnostic. Mais, plus que personne, je tiens à ce que l'autorité des noms, même les plus illustres et les plus justement respectés, ne soit pas estimée au-delà de sa valeur réelle, et qu'on ne lui sacrifie jamais l'autorité suprême des faits bien observés.

Quoi qu'il en soit, je répète que je n'ai rien négligé pour ne pas me tromper dans la catégorisation des faits qu'on va lire.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Vingt-deux cas de rhumatisme articulaire ou musculaire bien caractérisé, terminé par épanchement de pus ou de synovie purulente dans les articulations, carie, destruction des cartilages, etc.

Je comprends dans cette catégorie les cas où l'on ne saurait élever réellement aucun doute sérieux sur le caractère rhumatismal de l'affection articulaire qui a été suivie de suppuration, et d'autres altérations qui dénotent un état inflammatoire (1). Toutefois, les cas dont il s'agit se partagent en deux séries distinctes : les uns, et c'est la majorité (13 sur 22), sont tellement détaillés et si évidens en eux-mêmes, que leur diagnostic s'établit comme de lui-même; les autres sont moins circonstanciés, mais ce défaut de détails est en quelque sorte compensé par l'autorité des observateurs qui les ont diagnostiqués. Au reste, les faits restant les mêmes, l'impression qu'ils produisent sur les esprits diffère singulièrement, selon l'état de prévention favorable ou défavorable de ces derniers. Je ne sais si je me trompe, mais j'ai peine à croire que les observateurs familiarisés avec l'étude du rhumatisme, et non prévenus, ne jugent pas les cas de cette catégorie comme je les ai jugés moi-même.

OBSERVATION Ire (2). — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, bien caractérisé avec fièvre des plus intenses, et coïncidence d'angéite et peut-être d'endocardite, survenu manifestement à la suite d'un refroidissement. — Plusieurs saignées fournissent une très belle couenne inflammatoire.—Mort. — Grande quantité d'un pus jaune et bien lié dans la capsule des articulations fémoro-tibiales, avec rougeur et épaississement de la synoviale.

Périnet, âgé d'environ trente ans, soldat, d'un tempérament bilieux, entra, le 30 juillet 1835, à l'hôpital de la

(1) Dans les quatre derniers cas de cette catégorie, les malades n'ayant pas succombé, la suppuration n'a été constatée que pendant la vie. Mais ces cas ne sont pas moins concluans que les dix-huit autres, en tant qu'exemples de rhumatisme aigu terminé par suppuration.

(2) Cette observation, recueillie par M. Van de Keere, a d'abord été publiée, en 1825, dans le *Journal universel des Sciences médicales,* et je l'ai

Garde. Le lendemain, lorsque M. Regnault, médecin en chef de l'hôpital, vit ce malade, il observa les symptômes suivans : céphalalgie, *douleurs vagues* par tout le corps, peau brûlante, pouls dur, accéléré (*large saignée du bras; orge miellée; lav. émoll.; diète*).

1er *août*, soulagement, mais persistance de la céphalalgie (*vent. scarif. à la nuque*).

Le 6, presque plus de fièvre, et convalescence les jours suivans.

Ce soldat mangeait déjà les trois quarts, lorsque le 16, *journée très humide, il s'endormit dans la cour, sur un banc de pierre*, et fut pris d'un mouvement fébrile.

17. Fièvre très intense, *douleurs vives, surtout dans les articulations, et plus spécialement dans les genoux;* peau sèche, brûlante, âcre au toucher; constipation, ventre légèrement sensible (*sangs. aux genoux, diète, lavem., boiss. délay.*).

18. Persistance des symptômes (*sangs. aux genoux*).

19. Tuméfaction et immobilité du genou gauche (*vent. scarif. sur les côtés de cette articulation*).

20. Persistance des douleurs, pouls très dur et accéléré (*large saignée du bras*).

21. Face vultueuse, peau très chaude, pouls très dur et vibrant (*nouvelle saignée*).

LA COUENNE, QUI LA VEILLE ÉTAIT D'UNE ÉPAISSEUR REMARQUABLE, EST ENCORE PLUS PRONONCÉE.

A la réunion de ces symptômes, M. Regnault reconnaît, outre le rhumatisme aigu, une inflammation des vaisseaux.

consignée, en 1826, dans mon *Traité clinique et expérimental des fièvres essentielles.* Mais elle fut simplement publiée, à ces deux époques, comme un exemple d'inflammation du système vasculaire, et non pour prouver la possibilité de la terminaison du rhumatisme articulaire par suppuration. Sous ce rapport, elle était en quelque sorte inédite et nouvelle, lorsque je la rapportai l'an dernier dans mes *Nouvelles recherches propres à prouver que le rhumatisme articulaire aigu peut se terminer par suppuration*, recherches insérées dans le journal l'EXPÉRIENCE.

22. Même plénitude et même dureté du pouls; conjonctive jaune (*foment. sur les genoux; le reste idem*).

23. Même état (*saignée*).

24. Ictère bien prononcé; d'ailleurs mêmes symptômes; abdomen non douloureux.

25. Pouls aussi plein et aussi dur que les jours précédens; peau toujours chaude; membres inférieurs étendus, immobiles (*saignée*).—A quatre heures, visage terne, allongé; langue vermeille plutôt que rouge; sorte de mouvement convulsif de la mâchoire inférieure, semblable à celui qu'on observe dans le frisson fébrile, mais sans claquement de dents; anxiété générale; *pouls dicrote;* peau chaude, moins sèche qu'halitueuse; *fluctuation manifeste dans le genou gauche;* sang de la dernière saignée couvert d'une couenne inflammatoire teinte en jaune (*nouvelle saignée*).

26. Exaspération des symptômes (*saignée; lim.; lav. d'eau de son, petit-lait nitré*). Mort dans la nuit. (1)

Autopsie cadavérique, le 28, *à* 9 *heures du matin.* (2)

Extérieur du cœur d'un jaune pâle; *rougeur foncée de la presque totalité de la membrane interne et des valvules du ventricule gauche;* rougeur un peu moins foncée de la membrane interne de l'aorte; *caillots fibrineux et albumineux dans les cavités du cœur;* rougeur intense de la veine-porte, depuis son embouchure dans le foie jusque dans ses dernières ramifications (une petite quantité de sang noir liquide dans la cavité de ce vaisseau); foie d'un jaune pâle, vésicule de cet organe distendue par une grande quantité de bile, d'un jaune

(1) On remarquera que, dans tout le cours de la maladie, chez un individu affecté d'un rhumatisme articulaire aigu et chez lequel on diagnostique une inflammation des vaisseaux, le *cœur n'a pas été exploré une seule fois.*

(2) On doit regretter que l'ouverture du cadavre n'ait pas été faite à une époque plus rapprochée du moment de la mort. Cependant, les principales altérations trouvées dans le cœur et les vaisseaux sont telles que, rapprochées des symptômes observés pendant la vie, on ne peut guère s'empêcher de les considérer comme provenant réellement d'une angio-cardite. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elles n'étaient pas purement cadavériques. Au reste, on ne dit point que le cadavre présentât des traces de décomposition putride.

peu foncé. Membrane interne de l'artère crurale, d'un rouge intense. Saphène interne ouverte dans l'étendue de trois pouces, à la partie moyenne de la jambe, d'un rouge pourpre, épaissie, enflammée dans toute son épaisseur; tissu cellulaire infiltré de sérosité. Adhérences celluleuses dans les deux côtés de la poitrine; engorgement sanguin de la partie postérieure de chaque poumon; deux tubercules suppurés de la grosseur d'une noisette, vers le bord postérieur et à la superficie du poumon droit.

Estomac très dilaté par des gaz, d'une rougeur assez vive, et marbré à sa petite courbure, dans l'étendue de quatre à cinq pouces. Rougeur par plaques à la fin de l'intestin grêle.

Rien de notable au cerveau.

Habitude extérieure, muscles et articulations. Peau, sclérotique et tissu cellulaire sous-cutané, jaunes; muscles d'un rouge brun.

Une grande quantité d'un pus jaune et bien lié dans la capsule des articulations fémoro-tibiales; rougeur et épaississement de la synoviale.

Réflexions. — Certes, s'il est un exemple bien positif d'un *véritable* rhumatisme articulaire aigu terminé par suppuration, c'est assurément le cas que nous venons de rapporter.

Cependant, comme il est question d'une complication de *phlébite* dans ce cas, quelques personnes objecteront, peut-être, que le pus trouvé dans les articulations n'était pas le résultat d'une affection inflammatoire de ces parties, et qu'il s'y trouvait comme dans d'autres cas où il existe des phlébites, indépendamment de toute affection articulaire de *nature inflammatoire,* ou bien encore que l'inflammation des synoviales chez le malade qui nous occupe, avait *simulé* un rhumatisme, mais n'en était réellement pas un. Quant à la première objection, elle est difficile à soutenir en présence des symptômes observés pendant la vie et des altérations rencontrées après la mort (qu'on n'oublie pas que les synoviales étaient rouges et épaissies, en même temps qu'elles contenaient du pus dans leur cavité). Reste donc la seconde objection. Or, je le demande, à quelle maladie des articulations

appliquera-t-on le nom de rhumatisme articulaire aigu, s'il est permis de le refuser à celle dont les symptômes, la marche et la cause déterminante (influence d'un froid humide) ont été exposés ci-dessus?

De ce que, dans certains cas de phlébite, on rencontre une quantité plus ou moins notable de pus dans quelques articulations, comme dans le tissu cellulaire, soit intérieur, soit extérieur, dans les grandes cavités séreuses, etc., on ne saurait en conclure que toutes les fois où la présence du pus dans les articulations coïncide avec une phlébite, cette dernière est la cause unique et essentielle du fait dont il s'agit, même lorsque, pendant la vie, on a observé les phénomènes les plus caractéristiques d'un rhumatisme articulaire aigu. Nous verrons, en effet, dans le courant de cet ouvrage, un bon nombre de cas dans lesquels une phlébite a été la compagne d'un violent rhumatisme articulaire aigu, je ne dis pas *faux* ou *simulé*, mais tellement évident que nul observateur consciencieux ne saurait révoquer en doute sa réalité. Il y a plus : c'est que la phlébite elle-même, comme la péricardite, l'endocardite, etc., peut être le résultat primitif de la même cause qui a produit l'affection articulaire dite *rhumatisme* articulaire, et cette phlébite rhumatismale, bien distincte des phlébites traumatiques sur lesquelles on a tant écrit depuis quelques années, deviendra pour nous un nouvel argument en faveur de la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu.

Remarquons d'ailleurs que, dans le cas présent, il n'est pas fait mention de pus, ni de concrétion purulente dans la veine qu'on a dit être enflammée, ce qui pourrait même jeter quelque doute sur l'existence de la phlébite dont il s'agit.

OBSERVATION II (1). — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, bien caractérisé; traitement peu énergique. — Mort le onzième jour après le début des premières douleurs articulaires. — Toutes les articulations rhumatisées pleines d'un pus analogue à celui du phlegmon; pus dans quelques coulisses tendineuses et dans les interstices du muscle triceps-fémoral; teinte grisâtre des synoviales des genoux.

Le nommé Bériat, fusilier au 28e de ligne, âgé de vingt-

(1) Communiquée par M. Fournon, ancien chef de clinique de M. Casc, au Val-de-Grâce.

quatre ans, au service depuis deux ans et demi, en garnison à Paris depuis trois mois, caserné à Popincourt, entré à l'hôpital du Val-de-Grâce (serv. de M. Gasc), le 15 janvier 1839.

Cet homme était sorti de la même salle le 2 janvier, parfaitement guéri d'une bronchite, après un séjour prolongé. Du reste sa constitution paraît forte, et son tempérament est sanguin.

Il dit être malade depuis deux jours.

A son entrée, voici les symptômes qu'il présente :

Céphalalgie sus-orbitaire, toux assez fréquente, sans douleur, expectoration muqueuse, peu abondante, respiration facile ; l'auscultation dénote une respiration vésiculaire normale, et la sonorité est bonne partout ; le pouls est large, plein, fréquent ; la peau chaude et sèche ; la langue est rosée, humide ; la soif peu prononcée ; souplesse et insensibilité de l'abdomen ; pas de diarrhée ; le sommeil est bon (*e. gom.; p. gom.; saignée* 12 *onces*).

16, *à la visite du matin.* Légère couenne opaque, dense, résistante, sur le caillot.

Le sommeil a été bon ; la céphalalgie a disparu ; la toux a été moins fréquente cette nuit que les précédentes ; l'auscultation et la percussion n'apprennent rien ; le pouls a conservé sa plénitude et sa fréquence ; même état des voies digestives (*e. gom.; p. gom.; looch;* 20 *sangs. à l'épigastre*).

A la visite du soir, *tuméfaction de l'articulation radio-carpienne gauche, avec douleur,* mais sans changement de couleur à la peau ; la chaleur est augmentée (20 *sangsues sont appliquées autour de l'articulation malade; catapl.*).

17. La nuit a été mauvaise, sans sommeil ; *la douleur du poignet gauche est vive, exacerbante;* ce matin, le malade a éprouvé un violent frisson ; ses dents claquent ; sa face est pâle ; le pouls est très petit, mais très fréquent ; la toux a cessé presque complètement ; la langue est encore humide, rosée ; la soif peu vive ; rien du côté de l'abdomen (*e. gom.; p. gom.; émulsion opiacée le soir; catap. opiacé sur le poignet*).

18. *Même gonflement et même douleur à l'articulation radio-carpienne gauche; cette nuit, le genou droit est de-*

venu tout-à-coup le siège d'une douleur aussi vive, avec gonflement considérable sans rougeur; le pouls est plein, large et très fréquent; la peau est chaude, halitueuse; battemens du cœur fréquens, réguliers, *accompagnés d'un léger bruit de souffle au second temps;* toux peu fréquente; expectoration muqueuse; la langue est blanche, sèche; soif vive; pas de douleur à la pression de l'abdomen; un peu de diarrhée; rien de notable du côté de la tête (*e. gom.; p. gom.; émulsion anodine;* 20 *sangs. autour du genou droit; catapl. opiacé*).

19. Le malade a passé une nuit tranquille, sommeil calme; mais à son réveil, il a accusé une violente douleur dans l'hypocondre droit, douleur qui l'empêche de respirer et de se retourner dans son lit; la pression ne peut être supportée; le ventre est tendu, ballonné; l'émission des urines n'a pas eu lieu depuis vingt-quatre heures; on ne sent plus le globe formé par la vessie distendue; pas de selle depuis hier; pas de vomissemens; la langue est rouge aux bords et à la pointe, recouverte à son centre d'un enduit blanc sale; soif très vive; bouche amère; pouls très fréquent, mais peu développé, facile à déprimer; chaleur à la peau; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun nouveau renseignement; *le genou droit est moins douloureux, mais le gonflement et la chaleur persistent; le poignet gauche est toujours dans le même état;* la voix est affaiblie; le malade est découragé; sa physionomie porte l'empreinte de la tristesse; sa face est pâle et contractée (*e. gom.; p. gom.; émulsion anod.;* 30 *sangs. au niveau de l'hypocondre droit; foment. émoll.; cat.; genou et poignet malade*).

20. La douleur de l'abdomen persiste, aussi vive que la veille; pas de selle; le malade a uriné, mais très difficilement à cause de la douleur occasionée par la contraction des muscles et du diaphragme; météorisme vers la région épigastrique surtout; la toux a été fréquente cette nuit, avec expectoration de crachats muqueux, âcres, abondans; l'auscultation n'est pas pratiquée en arrière; en avant, la respiration et la résonnance sont bonnes partout; faiblesse et fréquence extrême du pouls; chaleur à la peau; *même état des*

articulations malades; plaintes incessantes; découragement; faciès altéré (*e. gom.; p. gom.; émulsion; saignée 12 onces; 6 ventouses scarifiées sur le thorax en avant; lavem. émoll.; foment. émoll. sur l'abdomen*).

21. Couenne épaisse, résistante sur le caillot qui est lui-même peu abondant; sérum limpide.

Pas de sommeil cette nuit; à l'heure de la visite, frissons, tremblement, claquement des dents, pâleur de la peau, *le genou gauche et l'articulation tibio-tarsienne du même côté sont pris à leur tour; même état des articulations primitivement malades;* même fréquence et faiblesse du pouls; la langue est rouge sur les bords et à la pointe, blanche au centre, sèche; soif vive; pas de selle (*e. gom.; p. gom. émuls. opi.; catapl.; foment. émoll.*).

22. La nuit a été assez calme, le malade a dormi plusieurs heures; ce matin la face est rouge, animée; les yeux brillans; la peau est chaude et sudorale; le pouls est toujours très fréquent, mais il est plus développé, plus fort; les battemens du cœur sont forts, mais réguliers; pas de bruit anormal; pas de souffle; le ventre est toujours très douloureux, surtout l'hypocondre droit; météorisme moindre; pas de selle; même état de la poitrine; *pas de changement dans l'état des articulations malades* (*e. gom.; p. gom. looch avec 1 g. d'extr. gom. d'opium; catapl. aux articulations malades; foment. émoll. sur l'abdomen*).

23. Bon sommeil cette nuit; l'émission des urines est plus facile, le ventre est moins ballonné; moins douloureux; pas de selle; quant aux autres symptômes, pas de changement notable (*même prescription*).

24. La nuit a été calme : ce matin le malade dit être beaucoup mieux; la face a perdu cette rougeur fébrile des jours précédens; le pouls a conservé sa fréquence, sa force est augmentée; le météorisme persiste; pas de selle; émission des urines facile; langue sèche; soif vive; toux moins fréquente; respiration et résonnance bonnes partout en avant, *même gonflement et même douleur aux articulations malades* (*même prescription*).

25. Un peu de mieux; le faciès est meilleur; l'état moral

du malade est satisfaisant; le ventre est plus souple, moins ballonné, peu douloureux; une selle cette nuit; même aspect de la langue; la douleur des articulations a perdu de son acuité; *le gonflement est le même;* la toux persiste avec crachats muqueux; l'auscultation et la percussion n'apprennent rien de nouveau sur l'état des poumons et du cœur; le pouls est large, fort et fréquent; chaleur habituelle à la peau (*un quart de bouillon coupé; eau gomm.; p. g.; looch opiac.; catapl. fom. émoll.*).

26. Pendant la nuit, du délire survient; le malade veut se lever à plusieurs reprises; il veut, dit-il, s'en aller à la caserne; à cette agitation succède de l'assoupissement; à la visite, la face est pâle, décomposée; les yeux sont hagards; le malheureux a toute sa connaissance; il sent sa mort prochaine, il se désespère, *le pouls est très fréquent, tumultueux, irrégulier, très faible; tumeur saillante, molle, dépressible à la face postérieure du poignet gauche, sans changement de couleur à la peau; même état des autres articulations;* la respiration s'embarrasse; râles muqueux très gros et très abondans; sonorité bonne; l'abdomen s'est de nouveau ballonné; plusieurs selles cette nuit; *l'anxiété du malade extrême.*

Mort le 26 à onze heures du matin.

Autopsie cadav., 24 *heures après la mort.* Température extérieure + 3°.

Rigidité cadavérique.

Thorax. Pas de sérosité dans la plèvre; fausses membranes albumineuses, peu abondantes, tapissant la face supérieure du poumon droit et la face supérieure correspondante du diaphragme; la plèvre elle-même ne présente pas de rougeur; à gauche, aucun épanchement, aucune fausse membrane; les deux poumons sont engoués postérieurement, leur tissu n'est pas friable; la muqueuse bronchique est un peu rouge vers les premières divisions; peu de sérosité dans le péricarde; quelques caillots fibrineux dans le cœur, non adhérens; pas de rougeur à l'endocarde; état normal des valvules.

Abdomen. Tous les organes sont parfaitement sains; le pé-

ritoine n'offre aucune trace de lésion; la vessie est saine. Le cerveau n'a pas été examiné.

Toutes les articulations qui, pendant là vie, ont été malades, sont pleines d'un pus épais, de couleur jaune, sans odeur, ressemblànt à du pus phlegmoneux; une ponction pratiquée à la tumeur du poignet gauche donne issue à la collection, et, en disséquant l'avant-bras, on trouve que le pus s'est également formé dans les gaînes des tendons fléchisseurs, depuis le poignet jusqu'à la réunion du tiers inférieur avec le tiers moyen de l'avant-bras; les capsules synoviales des deux genoux principalement sont distendues par cette collection purulente; ces synoviales, lavées avec soin, présentent une surface comme grisâtre, sans rougeur apparente; les surfaces articulaires ne présentent rien d'anormal.— En poursuivant plus loin la dissection, *on trouve que du pus s'est formé dans les interstices des fibres du muscle triceps de la cuisse; ce pus est entièrement semblable, par ses qualités physiques, au liquide contenu dans les articulations; l'articulation du pied gauche en présente, mais en moins grande quantité.*

OBSERVATION III (1).— Rhumatisme articulaire aigu général, bien caractérisé et des plus violens. — Mort le huitième jour. — Quantité énorme de pus dans les articulations fémoro-tibiales, avec rougeur et épaississement des synoviales.

D***, canonnier au 2e régiment d'artillerie à pied, est entré à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 5 octobre 1828. Cet artilleur, d'une haute stature, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, était atteint d'un *rhumatisme articulaire général des plus violens,* développé sous l'influence du froid humide. *Les genoux surtout étaient le siège des douleurs les plus vives: ils étaient très rouges, très tuméfiés;*

(1) Cette observation et la suivante m'ont été communiquées par M. le docteur Malle, membre correspondant de l'Académie royale de médecine, à l'appui de celles que j'avais publiées pour démontrer la terminaison du rhumatisme articulaire par suppuration. Elles ont déjà été insérées dans le journal l'EXPÉRIENCE pour le 24 *janvier* 1839.

les épaules et les poignets étaient également gonflés, mais à un degré moindre.

La réaction est des plus vives : le pouls est fréquent, fort et résistant; *il y a de l'anxiété précordiale,* du hoquet, de la constriction dans le pharynx et l'œsophage.

Deux saignées sont faites dans l'espace de trois jours; soixante sangsues sont appliquées sur les genoux qui se tuméfient de plus en plus et occasionnent au malade des douleurs atroces.

Le cinquième jour, toute la maladie se concentre sur les articulations tibio-fémorales; il existe cependant encore un peu de gonflement indolore aux épaules.

Le sixième jour, les phénomènes nerveux augmentent; le malade se décourage, le visage se contracte convulsivement, la respiration s'embarrasse, et malgré les *sangsues,* les *antispasmodiques,* les *révulsifs,* la mort survient, le huitième jour, au milieu d'un délire nerveux.

A l'*autopsie,* faite vingt-six heures après la mort, on trouve les méninges dans l'état normal; une demi-once de sérosité existe dans les ventricules. — Le larynx ne présente rien de remarquable. — Un peu de rougeur existe dans les bronches; les poumons sont sains et le cœur à l'état normal (1). Le pharynx et l'œsophage semblent un peu plus colorés qu'à l'ordinaire. L'estomac et les intestins grêles et les gros intestins n'offrent rien de particulier. Le foie, la rate et les organes génito-urinaires sont sains.

Les articulations fémoro-tibiales présentent extérieurement une tuméfaction considérable. — A peine le scalpel a-t-il pénétré dans leur cavité qu'il s'en écoule une quantité énorme de pus. — On examine ensuite avec soin les synoviales et on trouve ces membranes rouges et épaissies; les cartilages sont sains. — L'examen le plus attentif ne fait rien découvrir dans les autres articulations.

(1) L'examen du cœur fut-il fait avec toute l'exactitude convenable? A cette époque (1828), qui se doutait de la loi de coïncidence de l'endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu généralisé?

OBSERVATION IV. — Rhumatisme articulaire général aigu, traité par les émissions sanguines à faible dose. — Mort le quatorzième jour. — Articulations tibio-fémorales remplies de pus avec rougeur, épaississement des synoviales, et un peu de ramollissement des cartilages ; deux gros (huit grammes) de sérosité purulente dans les articulations scapulo-humérales.

Un carabinier du 2e léger, vint à l'hôpital dans les premiers jours de décembre 1829, pour *un rhumatisme articulaire général aigu* traité par les émissions sanguines veineuses et locales, mais *à faible dose. Les genoux restèrent le siège d'une tuméfaction considérable, et le malade continua à éprouver les douleurs les plus vives jusqu'au neuvième jour.* La maladie parut cependant suivre la marche ordinaire. Mais tout-à-coup *les douleurs devinrent atroces, des* PHÉNOMÈNES GASTRIQUES SE DÉVELOPPÈRENT (1) : combattus avec énergie, ils parurent céder un moment ; mais bientôt ils reprirent un surcroît d'intensité (vers le deuxième jour), et la mort survint le quatorzième au matin.

A *l'autopsie,* l'encéphale et les méninges furent trouvés à l'état sain. — Le larynx, la trachée-artère, les poumons, le cœur et les vaisseaux étaient à l'état normal. (2)

Il existait quelques traces de rougeur dans les intestins grèles, mais le reste des viscères digestifs était sain (3). Le foie, la rate et les organes génito-urinaires ne présentaient rien de particulier.

Les articulations tibio-fémorales étaient remplies de pus, les synoviales très rouges et épaissies ; les cartilages paraissaient même un peu ramollis. — Les articulations scapulo-humérales contenaient elles-mêmes deux gros à-peu-près

(1) Des phénomènes gastriques ! !! En 1829, ces phénomènes étaient admis dans des cas où plus tard on trouva des phénomènes bien différens.

(2) Il faut appliquer à ce cas la note que j'ai ajoutée au précédent.

(3) Certes, ce n'est pas à une affection gastrique ou intestinale, caractérisée à l'autopsie cadavérique par *quelques traces* partielles de *rougeur*, qu'il faut attribuer la mort du sujet. Ou je me trompe fort, ou dans les deux cas qui précèdent, si l'examen du cœur et du reste de l'appareil circulatoire eût été fait avec toute l'exactitude convenable, on y eût constaté quelqu'un de ces *accompagnemens* du rhumatisme auxquels on ne songeait point alors.

de sérosité purulente. — Les autres articulations étaient saines.

OBSERVATION V (1).—Rhumatisme articulaire aigu généralisé, parfaitement caractérisé, avec coïncidence de péricardite.— Traitement par le tartre stibié à haute dose. — Mort. —Synoviales d'un rouge plus ou moins vif avec épanchement d'une synovie épaisse, trouble, gluante, semblable à de l'huile concrète, ou mieux au fluide spermatique, etc.

« La femme Fl.., âgée de trente-six ans, domestique, d'une « bonne constitution, habituellement bien portante, fut admise « dans les salles de clinique (Hôtel-Dieu, M. Chomel), le 3 no- « vembre 1830. Malade depuis huit jours, elle se plaignait de « douleurs aiguës, intolérables, dans toutes les articulations, « mais en particulier dans celles des épaules et des genoux « (elle couchait depuis un mois dans une chambre humide et « froide, et rapportait elle-même ses douleurs à cette cause). « Le pouls était élevé, dur et fréquent; les règles avaient paru « il y avait quinze jours. On prescrivit une forte saignée, des « boissons rafraîchissantes. Le lendemain, il n'y avait nul « amendement dans les douleurs, mais la réaction fébrile « avait diminué (*diète, repos, chaleur du lit*).

« Le 6 novembre (onzième jour à dater de l'invasion), le « pouls n'offrait pas de résistance, les douleurs étaient si « fortes, que la malade, immobile et raide dans son lit « comme une statue, ne pouvait faire un mouvement sans « crier. On jugea que c'était le cas d'employer le tartre stibié

(1) Cette observation, recueillie en 1830 dans le service de M. Chomel, a été publiée dans le tome XXXVIIIe du *Journal complémentaire du dictionnaire des sciences médicales*, sous le titre de RHUMATISME ARTICULAIRE GÉNÉRAL AIGU.

Nous la recommandons à toute l'attention des lecteurs. Après l'avoir lue, ils auront, peut-être, quelque peine à comprendre, comment M. Chomel, en présence de ce fait, a pu, dans ses *Leçons sur le rhumatisme*, publiées en 1837, professer que le *rhumatisme articulaire aigu ne se termine pas par suppuration; que l'anatomie pathologique de ce rhumatisme est nulle; que cette maladie ne doit pas être rangée parmi les phlegmasies proprement dites, et qu'il faut en nosologie faire une classe à part des rhumatismes.*

« à hautes doses; on en prescrivit six grains dans une potion « diacodée; la tolérance s'établit parfaitement. Le lende- « main, la malade, qui avait pris toute sa potion, n'avait « eu que deux selles sans aucun vomissement; les urines, « les sueurs n'avaient pas notablement augmenté. On pres- « crivit de nouveau huit grains d'émétique pour les vingt- « quatre heures; il n'y eut encore à la suite de leur admini- « stration ni vomissemens, ni selles trop copieuses; seule- « ment, il y eut des sueurs la nuit, durant deux heures. La « malade, le 8 novembre, disait être soulagée de ses douleurs. « On ne prescrivit que six grains de tartre stibié : l'effet en « fut le même que le jour précédent.

« Le 9, on prescrivit des boissons sudorifiques, et on « chercha à favoriser la transpiration en plaçant la malade « entre deux couvertures de laine, durant deux heures. Le « soir, des vomissemens bilieux survinrent pour la première « fois; la malade n'avait pris aucun aliment.

« Le 10, les douleurs avaient quitté les articulations, et la « malade se plaignait de coliques et de nausées (*vingt sang-* « *sues sur l'abdomen,* le pouls n'offrant que peu de rési- « stance).

« Le 11, les traits étaient tirés, les douleurs abdominales « exaspérées. Il y avait eu depuis la veille d'abondantes éva- « cuations alvines. On crut à la métastase de l'affection rhu- « matismale sur le canal intestinal; on prescrivit des cata- « plasmes vinaigrés sur les articulations primitivement « malades. Quelques instans après, cette médication parut « agir avec efficacité; mais la résistance vitale était épuisée, « et la mort arriva à sept heures du soir.

« *Autopsie.—Les* ARTICULATIONS PRÉSENTÈRENT DES TRACES « D'INFLAMMATION BIEN CARACTÉRISÉE. *Toutes les séreuses* « *articulaires étaient remplies d'une synovie épaisse, jau-* « *nâtre, trouble, gluante, semblable à de l'huile concrète,* « *ou mieux au fluide spermatique, si l'on suppose celui-ci* « *coloré en jaune. Les synoviales étaient en plusieurs* « *points d'un rouge plus ou moins vif.* D'un côté, c'étaient « de petites plaques roses; ailleurs, la couleur était fon- « cée; mais nulle part, on ne pouvait apercevoir de tra-

« ces de vaisseaux, des arborisations proprement dites. (1)

« La muqueuse intestinale était pâle dans toute son étendue, plus pâle même que dans l'état ordinaire.....; seulement, les follicules sous-muqueux, les glandes de Brunner offraient un développement remarquable. Dans presque toute la longueur de l'intestin grêle, ils s'élevaient comme des grains de chenevis, ou plutôt comme les petites pustules d'une variole au début; nul d'entre eux n'offrait d'ulcérations. La muqueuse qui les recouvrait nous parut amincie.

« Vers le cœur existaient des traces de phlogose qu'il faut noter : le péricarde contenait deux à trois cuillerées de sérosité légèrement trouble. Sa membrane interne, de même que la séreuse qui se développe sur le cœur, étaient légèrement rosées et injectées. La dernière offrait en plusieurs points disséminés, de ces petites plaques blanchâtres, semi-cartilaginiformes ou albumineuses, que l'on y rencontre quelquefois sans trace d'injection..... On ne crut pas que ce fût là la cause première et principale de la mort. » (2)

(1) On ne saurait trop le répéter, comment M. le professeur Chomel peut-il concilier les doctrines qu'il enseigne dans ses *Leçons sur le rhumatisme* avec un fait aussi positif que celui-ci en faveur de la nature inflammatoire et de la terminaison par épanchement purulent du rhumatisme articulaire aigu? Comment se fait-il, d'un autre côté que, dans l'ouvrage indiqué, nulle mention n'ait été faite d'une aussi importante observation recueillie dans le service même de M. Chomel?

(2) C'est à M. le docteur Henroz que je dois la communication de cette observation, qu'il trouva dans le journal indiqué, en y faisant des recherches pour un objet étranger à celui qui nous occupe ici. Cette observation inspira les réflexions suivantes à M. Henroz :

« Ce fait, très intéressant sous le rapport des effets du tartre stibié et des altérations anatomiques, nous prouve encore combien M. Chomel était loin en 1830, de se douter de la *loi de coïncidence* de la péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu général, puisque, chez cette malade, il n'examina jamais la région précordiale pendant la vie, combien il pensait moins encore à l'endocardite rhumatismale, puisqu'il n'examina point l'intérieur du cœur au moment de l'autopsie cadavérique. »

OBSERVATION VI (1). — Rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, avec coïncidence de péricardite (seconde attaque). — Mort. — Flocons albumineux dans les deux articulations radio-carpiennes; fausses membranes et sérosité trouble dans le péricarde, etc.

Virginie Gobelin, âgée de douze ans, d'une assez forte constitution, *née d'une mère rhumatisante,* éprouva, à l'âge de onze ans, une première atteinte de rhumatisme articulaire *qui la retint au lit pendant six semaines,* et pendant le cours de laquelle elle éprouva de vives douleurs à la région précordiale. Depuis cette époque, gêne habituelle de la respiration, palpitations intenses après le plus léger exercice. (2)

Le 17 septembre 1834, il se déclare, sans cause connue, une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire aigu. Le 20, une vive douleur se manifeste à la région précordiale, avec grande gêne de la respiration et augmentation de la fièvre.

Aucun traitement actif n'avait été fait, lorsque la malade fut admise, le 22, dans le service de M. Guersant.

Ajoutons à ces réflexions que, si effectivement M. Chomel avait connu la *loi* que nous démontrerons plus loin, celle de la coïncidence des phlegmasies de l'endocarde et du péricarde avec un violent rhumatisme articulaire aigu généralisé, il n'aurait pas cru seulement *à la métastase de l'affection rhumatismale sur le canal intestinal*, comme il est dit dans le cours de cette observation.

Quoi qu'il en soit, nous voyons ici un fait éclatant de suppuration de rhumatisme articulaire aigu, qui se passe précisément dans le service de l'auteur qui nie opiniâtrément ce mode de terminaison. Eh bien! plus loin, nous rapporterons également un magnifique exemple d'endocardite rhumatismale recueilli aussi dans le service du même praticien, à une époque où il s'était constitué l'adversaire le plus décidé de la coïncidence de cette maladie avec le rhumatisme articulaire aigu généralisé. Espérons que ces faits ne seront pas entièrement perdus pour l'instruction de M. Chomel.

(1) Cette observation a été publiée dans la *Lancette française* (n_o du 23 octobre 1834), et je l'ai rapportée à l'article *Péricardite* (obs. ix[e]) de mon *Traité clinique des maladies du cœur*, Paris, 1835, t. 1[er], pag. 363.

(2) Ces circonstances portent à croire qu'il exista dans cette première attaque comme dans la suivante une coïncidence de péricardite ou mieux d'endopéricardite. L'ouverture du cadavre confirmera cette présomption.

23. Anxiété, face pâle et violacée; douleur vive à la partie antérieure du thorax; battemens tumultueux du cœur; pouls à 140; cinquante-deux inspirations; absence complète de toux; bruit respiratoire et sonorité, comme dans l'état normal.

Gonflement sans rougeur des articulations tibio-tarsiennes.

Saignée 12 *onces;* 15 *sangsues sur la région du cœur; cataplasmes sinapisés sur les articulations malades; cataplasme émollient, région précordiale.*

24. Soulagement; *l'articulation scapulo-humérale se prend* (12 *nouvelles sangsues, région précordiale*).

25. Exaspération des symptômes, face grippée, paroles entrecoupées, augmentation de la douleur précordiale.

12 *sangsues sur la région précordiale; julep gommé; oxide blanc d'antimoine,* 1 *scrupule; sinapismes sur les articulations.*

26. Cessation de la douleur précordiale; *extension du rhumatisme à de nouvelles articulations.*

27. Battemens du cœur toujours tumultueux (1); dans la soirée, violent accès de dyspnée (*sinapisme*).

28. Nouvel accès de dyspnée (15 *nouvelles sangsues sur la région précordiale*).

30. La malade est obligée de se tenir sur son séant; quelques vomituritions; *cessation des douleurs articulaires;* 48 inspirations; 128 pulsations, petites, irrégulières.

Vésicatoire sur l'articulation du coude, dans le but de fixer l'affection rhumatismale. (2)

(1) L'auteur de l'observation ajoute : *Aucun bruit anormal; pas de saillie notable de la partie inférieure du thorax, matité toujours très circonscrite, nulle vers la partie inférieure du sternum.* J'avoue que j'ai peine à croire à l'exactitude de l'exploration qui a fourni ces résultats.

(2) Dans le cas dont il s'agit comme dans presque tous ceux où le *cœur se prend, se rhumatise* pour ainsi dire avec les articulations, il n'y a point à proprement parler *métastase,* mais coïncidence du *rhumatisme* du cœur avec le rhumatisme des articulations, et c'est bien vainement que l'on compterait sur les révulsifs dont on couvre les articulations, employés comme moyen

Jusqu'au 7 octobre, jour de sa mort, les accidens dyspnéiques persistent; des syncopes ont lieu à des intervalles plus ou moins rapprochés; les extrémités se refroidissent, prennent une teinte violacée; les mains et les pieds s'infiltrent, le pouls devient filiforme; la voix s'éteint; la malade conserve jusqu'au dernier moment l'exercice de ses facultés intellectuelles (*le 3 octobre, vésicatoire de cinq pouces de diamètre sur la région précordiale; deux vésicatoires aux cuisses;* 12 *grains de calomel en six paquets*).

Autopsie cadavérique, vingt-quatre heures après la mort.

1° Habit. et organ. extér. *Les deux articulations radio-carpiennes contiennent des flocons albumineux, sans aucune goutte de liquide; la synoviale est sèche et sans rougeur.*

Thorax bien conformé; pas de saillie à la région précordiale; *pas de matité notable à cette région.* (1)

2° Organ. circulat. et respirat. Le cœur et son enveloppe se présentent sous la forme *d'une masse ayant le volume des deux poings d'un adulte.* Des fausses membranes de récente formation unissent la face externe du péricarde au médiastin; une once environ de sérosité trouble dans la cavité du péricarde, dont la face interne est tapissée de fausses membranes molles, d'un blanc légèrement jaunâtre, faciles à enlever avec le dos du scalpel. Dans quelques points, ces fausses membranes sont hérissées d'aspérités nombreuses, ce qui leur donne de la ressemblance avec l'estomac des ruminans. (2)

Toute la partie postérieure du cœur adhère intimement au péricarde, à l'aide de fausses membranes anciennes, qu'on ne peut rompre que par d'assez fortes tractions; le

principal de traitement. *Le salut des malades ne se trouve,* j'ose l'affirmer ici et je le prouverai plus loin, *que dans l'emploi bien éclairé de la formule nouvelle des émissions sanguines.*

(1) Je ne puis croire encore à l'exactitude de ces détails : ils sont incompatibles avec l'état du cœur et du péricarde, tel qu'il va être décrit plus bas.

(2) Voici les résultats anatomiques de la coïncidence de la péricardite avec l'attaque actuelle de rhumatisme articulaire aigu.

cœur a deux fois le volume du poing du sujet (1). Ses cavités sont dilatées et remplies de sang coagulé (2). Son tissu offre la couleur et la consistance normales.

Ni épanchement, ni exsudations pseudo-membraneuses dans la cavité des plèvres; engouement séro-sanguinolent des poumons sans tubercules ni hépatisation.

Réflexions. — Dans ce cas, ce n'est pas du pus ordinaire, c'est une matière plastique ou pseudo-membraneuse, sous forme de flocons, que l'on trouve dans les deux articulations qui ont été le principal foyer du rhumatisme. Cette matière est l'analogue de celle que l'on rencontre à la suite des inflammations des membranes séreuses proprement dites, de celle qu'on a trouvée, par exemple, à la surface du péricarde chez ce sujet. Si la jeune malade eût succombé à une époque moins éloignée du début de la phlegmasie rhumatismale des synoviales ou des séreuses des articulations radio-carpiennes, et que cette phlegmasie n'eût pas été *tempérée* par un traitement assez actif, peut-être eût-on constaté un véritable épanchement dans ces articulations.

Quoi qu'il en soit, le rhumatisme articulaire a été si parfaitement caractérisé dans ce cas, qu'il serait, en quelque sorte, scandaleux d'en révoquer l'existence en doute.

Ajoutons que c'est un bel et double exemple d'une importante et grande *loi* que nous formulerons plus loin, savoir : celle de la coïncidence de *l'endocardite ou de la péricardite rhumatismales avec le rhumatisme articulaire aigu.*

(1) Voilà maintenant les conséquences à-peu-près certaines de la première attaque de rhumatisme, antérieure d'un an à la seconde.

(2) Il est fâcheux qu'on n'ait pas bien exposé les caractères de ce sang coagulé. Il est plus fâcheux encore qu'on n'ait pas exactement décrit l'état des valvules et de l'endocarde.

On ne sait pas assez combien sont rares les observations exactes et complètes sous le double rapport des symptômes et des altérations anatomiques, comme aussi sous d'autres rapports!

OBSERVATION VII (1). — Rhumatisme puerpéral et péritonite. — Mort. — Articulation tibio-tarsienne et gaînes synoviales tendineuses remplies de pus. — Pus et pseudo-membranes dans la cavité du péritoine. — Vaisseaux lymphatiques utérins pleins de pus.

« Boulet, trente-et-un ans ; cinquième accouchement naturel le 4 septembre 1830. Le lendemain au soir, frisson, douleur abdominale légère, qu'on combat par un cataplasme et des lavemens huileux.

« Soumise à mon observation le 6 septembre, elle présente : douleur hypogastrique légère, fréquence du pouls à 120. Je diagnostique une péritonite commençante (*saignée de* 12 *onces ; potion laxative, avec une once et demie d'huile d'amandes douces et demi-once d'huile douce de ricin ; cataplasmes ; bains de siége émolliens*). Le soir, la malade accuse une vive douleur dans le membre abdominal gauche (40 *sangsues sur l'hypogastre*).

« Le 7, la malade ne se plaint que de la jambe gauche, où elle éprouve des élancemens ; une pression, même légère, augmente la douleur. L'abdomen est ballonné, mais indolent. Du reste, soif très vive, pouls à 120 ; point d'oppression, point d'envie de vomir (*saignée de* 8 *onces ; potion avec* 6 *grains de kermès minéral ; cataplasme saupoudré de muriate d'ammoniaque ; bain entier de plusieurs heures*).

« Le 8, soulagement sensible. Dix évacuations alvines ont eu lieu ; l'abdomen est moins tendu et nullement douloureux, 104 pulsations ; la malade ne souffre plus que dans le pied gauche, qui pourtant n'offre aucune tuméfaction. Une

(1) Cette observation et les deux suivantes sont littéralement extraites du grand ouvrage de M. Cruveilhier (*Anatomie pathologique du corps humain*, XVIIe livraison, in-fol. avec planches coloriées). Consignées dans l'article relatif au *rhumatisme puerpéral*, elles y sont précédées des réflexions suivantes : « On désigne généralement sous le nom de *rhumatisme*, toutes les douleurs, toutes les inflammations des muscles et des articulations qui surviennent *spontanément*, c'est-à-dire indépendamment de toute violence extérieure. La mobilité, voilà le caractère fondamental des douleurs rhumatismales : la délitescence avec métastase, pour parler le langage de l'école, voilà le caractère de l'inflammation du même ordre. »

Nous examinerons plus loin la doctrine ci-dessus exposée.

potion calmante atténue cette douleur. La soif est toujours très vive.

« Le 9, la maladie semble circonscrite au pied, dont pourtant le volume est naturel. Parfois, contractions spasmodiques extrêmement douloureuses dans le membre inférieur du même côté; l'abdomen est toujours ballonné, indolent (*expectation*).

« La journée du 9 se passe bien; mais la nuit, délire et agitation qui cessent le matin.

« Le 10 matin, la malade ne se plaint que d'une douleur au pied. Le pouls est à 100 et moins grêle; l'abdomen est volumineux, mais indolent; la face est un peu altérée; la langue très sèche; quelques selles involontaires.

« Le 11, pouls petit, à 110; délire léger; narines pulvérulentes (*sinapismes; potion avec sulfate de quinine et éther; lavement avec sulfate de quinine*).

« Le 12, face altérée dans la coloration et l'expression; délire vague; aucune conscience de son état. La malade demande à manger. Vomissemens; douleurs à l'épigastre (*potion avec* 12 *grains de camphre; lavement camphré*).

« Le 13, état ataxique, oppression, pouls plus fréquent; abdomen ballonné, toujours indolent (*potion avec sulfate de quinine; lavement camphré*).—Mort le soir, neuvième jour de l'accouchement.

Ouverture du cadavre, dix-huit heures après la mort.

« Abdomen volumineux. Une couche pseudo-membraneuse fort mince, à peine adhérente, unissait les parois abdominales aux circonvolutions intestinales et les circonvolutions intestinales entre elles. Une couche mince de pus existait entre le diaphragme et le foie. Du pus bien lié occupait la cavité pelvienne, entre la vessie et l'utérus, entre l'utérus et le rectum.

« On trouvait sur les côtés de l'utérus, dans l'épaisseur des ligamens larges, et le long de la trompe, des vaisseaux lymphatiques pleins de pus.

« Les veines utérines étaient saines. Le tissu de l'utérus sain, mais très injecté.

« Dans la cavité gauche du thorax, une grande quantité d'un liquide noirâtre, huileux, qui ne ressemblait nullement à la

sérosité de la plèvre. Le diaphragme était perforé au niveau du grand cul-de-sac. Le pourtour de la perforation était ramolli et comme frangé. La grosse extrémité de l'estomac était également perforée, lacérée, comme corrodée. Une petite quantité d'un liquide noirâtre était épanchée dans l'hypocondre gauche.

« Le tissu cellulaire sous-cutané de la jambe gauche était infiltré de sérosité jaunâtre.

« *Les articulations tibio-tarsiennes, toutes les articulations tarsiennes étaient remplies de pus. Les gaînes tendineuses des muscles fléchisseur commun, fléchisseur propre et jambier postérieur en étaient également remplies.* »

Réflexions.—M. Cruveilhier pense que, dans cette observation, « le rhumatisme s'est manifesté en même temps que la péritonite, et qu'il ne paraît avoir eu qu'une faible part dans la maladie et dans sa terminaison funeste. »

Il serait à souhaiter que l'observation eût été recueillie avec des détails plus précis et plus circonstanciés. Elle eût ainsi prêté moins de prise à ceux qui seraient tentés de contester une origine rhumastimale au pus que contenaient les articulations. Toutefois, il nous semble, qu'en pareille occasion, on doit attacher plus de valeur au diagnostic de M. Cruveilhier, qui a observé la malade, qu'à celui de personnes qui ne nieraient l'existence d'un rhumatisme qu'en raison de la présence du pus dans les articulations, circonstance qui est en contradiction avec l'opinion qu'elles pourraient avoir professée dans leurs ouvrages et leurs leçons.

Notez bien que le cœur n'a point été exploré pendant la vie, et qu'il n'a pas été examiné après la mort. C'est que, comme les autres observateurs, M. Cruveilhier ne se doutait nullement de la coïncidence si fréquente des inflammations du péricarde et de l'endocarde avec le rhumatisme articulaire aigu.

L'omission que nous signalons ici ressort d'autant plus que, dans les considérations préliminaires dont les trois observations recueillies par lui ont été l'objet, M. Cruveilhier a précisément noté les rapports de *succession* ou de *coïncidence* du rhumatisme avec des pleurésies aiguës ou chroniques.

Voici d'ailleurs ce passage : « le rhumatisme puerpéral peut se manifester tantôt en l'absence de toute autre lésion, tantôt dans le cours d'une péritonite aiguë ou chronique, plus souvent peut-être dans le cours d'une pleurésie puerpérale aiguë ou chronique, ou pendant la convalescence de ces maladies. *J'ai noté dans plusieurs observations la coïncidence des suppurations musculaire et articulaire* avec la présence du pus dans les vaisseaux lymphatiques utérins, *ou avec des pleurésies aiguës ou chroniques, et j'ai cru pouvoir établir dans quelques cas une liaison entre ces deux phénomènes* (1). »

Il n'est fait aucune mention des causes sous l'influence desquelles la maladie rhumatismale s'est développée dans le cas présent. On n'indique pas non plus les caractères du sang fourni par les saignées.

Sous tous ces rapports et sous d'autres encore, l'observation ci-dessus n'a pas été recueillie conformément aux principes de la clinique exacte. Mais où trouve-t-on des observations recueillies et rédigées avec toute l'exactitude et tout l'ordre que comporte l'état actuel des méthodes d'exploration dont la science s'est si heureusement enrichie?

OBSERVATION VIII. — Rhumatisme puerpéral; pneumonie circonscrite et catarrhe pulmonaire. — Mort. — Foyers de pus dans l'articulation du genou et dans le tissu cellulaire libre de la cuisse et de la jambe; concrétions sanguines adhérentes dans les veines iliaque externe et fémorale.

« Rousselle, vingt-cinq ans, accoucha naturellement pour la seconde fois, le 3 mars 1832.

« Tout va bien pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement. On ne me fait voir la malade que le 12 mars, neuvième jour après l'accouchement, à cause d'une tuméfaction considérable du genou gauche, dont la malade ne s'était plainte que la veille : la malade accuse d'ailleurs peu de douleur dans ce genou, qui est œdémateux plutôt qu'enflammé

(1) Il est toutefois à regretter que M. Cruveilhier n'ait pas exposé les caractères différentiels qui existent entre les suppurations d'origine *rhumatismale* et celles qui ne reconnaissent pas une pareille origine. Nous reviendrons ailleurs sur cette grave question.

et supporte la pression sans la moindre douleur. Les deux genoux mesurés donnent deux pouces de circonférence en plus pour le genou malade. D'ailleurs, la fièvre était intense : toux avec expectoration. L'exploration du thorax donne, à droite et en arrière, tous les signes du catarrhe pulmonaire; l'abdomen, assez consistant, n'est nullement sensible à la pression; le pouls est petit et fréquent. Je regarde le genou comme le point de départ de tous les symptômes. L'œdème sous-cutané m'apprend d'ailleurs que l'inflammation n'est pas bornée à la synoviale articulaire.

« Le 14 mars, l'œdème gagne tout le membre abdominal gauche : les parties tuméfiées sont douloureuses; l'état général annonce une maladie fort grave. La face est jaunâtre, altérée; la respiration est fréquente; on entend un peu de crépitation à droite en arrière; le pouls est toujours fréquent et petit (15 *sangsues à l'aine, qui donnent beaucoup; frictions avec axonge une once, onguent napolitain un gros*).

« Même état jusqu'au 20 mars. L'œdème commence à diminuer; le genou devient plus douloureux à la pression ainsi que le membre abdominal tout entier, et plus particulièrement la jambe. La respiration est plus libre, mais l'état de la face et la fréquence du pouls, qui est parfois intermittent, dénotent toujours l'excessive gravité de la maladie.

« Le 22 mars, des douleurs plus vives se prononcent au genou; de petites phlyctènes se remarquent à la face postérieure de la jambe et de la cuisse. La malade se plaint de la gorge : une couche pseudo-membraneuse existe en effet sur les piliers du voile du palais. Les gencives sont d'ailleurs très saines, en sorte qu'on ne saurait attribuer cette angine couenneuse à l'onguent mercuriel, dont l'usage a été continué à la dose d'un gros depuis le commencement de la maladie. L'état général est toujours très grave. Le genou et le membre inférieur me paraissent le point de départ (15 *sangsues autour de l'articulation du genou*).

« Les jours suivans, des excoriations, qui existaient déjà sur la région coccygienne, se convertissent en escharres profondes; les phlyctènes se multiplient le long de la région postérieure du membre abdominal; fluctuation manifeste autour

du genou ; la peau est à peine de couleur rosée. La toux provoque des douleurs dans la partie latérale droite du thorax. Dépérissement, malaise, fréquence très grande dans le pouls.

« Le 29 mars, *application de potasse caustique sur le genou au centre de la fluctuation.*

« Le 30, incision de l'eschare ; issue d'une très grande quantité de pus bien lié ; anxiété ; envies de vomir ; vomissemens ; pouls grêle, intermittent.

« Même état le 31. — Mort dans la nuit du 31 mars au 1er avril.

« *Ouverture du cadavre.* Il y avait une *vaste collection de pus entre les muscles et le fémur, qui était encore revêtu de son périoste. Cette collection communiquait largement en arrière avec l'articulation du genou. Elle se prolongeait dans l'épaisseur de la jambe, qui présentait également deux vastes collections, l'une entre les jumeaux et le soléaire, l'autre sous le muscle soléaire. Ce pus était épais, un peu fétide, parsemé de lambeaux de tissu cellulaire gangréné.*

« *Thorax.* A la base du poumon droit, pneumonie circonscrite, du volume d'une noix. Infiltration séreuse d'une grande partie des poumons.—Bronchite.

« *Abdomen.* Dans l'épaisseur de l'ovaire, petites collections de pus concret. Il existait des collections un peu plus considérables de pus concret dans l'épaisseur des ligamens larges à droite. Ces collections avaient leur siège dans les vaisseaux lymphatiques. Des collections purulentes plus considérables se voyaient : 1° derrière la troisième portion du duodénum ; 2° le long du psoas, sur le trajet des vaisseaux lymphatiques ; derrière le trou obturateur. La première avait évidemment son siège dans les ganglions lombaires ; la deuxième dans les vaisseaux lymphatiques eux-mêmes ; la troisième dans les ganglions lymphatiques situés au niveau du trou obturateur.

« La partie inférieure de la veine iliaque externe et toute la veine crurale étaient distendues par des concrétions sanguines très cohérentes et adhérentes aux parois. »

Réflexions. — On peut appliquer à cette observation la plupart des réflexions qui m'ont été suggérées par la précédente. Je rappellerai en particulier que le cœur n'a été

l'objet d'aucune exploration pendant la vie, d'aucun examen après la mort, et qu'il n'en est point question dans les réflexions de M. Cruveilhier. Au reste, cet auteur pense que dans cette observation et la suivante, *c'est l'inflammation articulaire et musculaire qui a joué le principal rôle*, tandis que dans la précédente, ainsi que nous l'avons noté, M. Cruveilhier considérait la péritonite comme ayant été le principal élément de la maladie.

Une phlébite complique ici, comme dans tant d'autres cas analogues, le rhumatisme articulaire, ou, si l'on veut bien me permettre une expression plus précise encore, l'*arthrite* rhumatismale puerpérale. M. Cruveilhier, l'un des observateurs modernes qui se sont le plus sérieusement occupés de l'étude de la phlébite, n'a point pensé que cette coïncidence ou coexistence d'une phlébite avec une suppuration des articulations, suffît pour faire révoquer en doute ou même nier la présence d'un véritable rhumatisme articulaire chez le sujet de cette observation. Or, autorité contre autorité, celle de M. Cruveilhier vaut bien, en pareille matière, celle de ceux qui révoquent ainsi en doute ou nient, d'une manière absolue, l'origine rhumatismale de la suppuration des articulations dans les cas de phlébite. Mais l'autorité des noms n'est pas celle qui doit décider les questions scientifiques. Cette décision suprême n'est légitime qu'autant qu'elle dérive clairement d'un nombre suffisant de faits *bien observés*, *bien comptés* et *bien pesés*. Telle est aussi l'autorité que nous avons invoquée, et d'après laquelle il nous est permis d'affirmer qu'il est *certaines* suppurations articulaires produites par un véritable rhumatisme articulaire aigu, chez les individus atteints aussi de phlébite, et qu'il est d'autres suppurations de ces mêmes articulations qui n'ont point été précédées d'un pareil rhumatisme chez des individus également atteints de phlébite. On verra plus loin comment on peut distinguer ces deux ordres de faits l'un de l'autre.

OBSERVATION IX. — Rhumatisme puerpéral.—Mort. — Suppuration dans les articulations du poignet, du carpe et du tarse; destruction des cartilages de la plupart de ces articulations; deux abcès dans l'épaisseur de la jambe, un autre dans l'épaisseur du muscle extenseur commun des doigts; petit foyer de pus dans un vaisseau lymphatique dilaté de l'utérus.

« Benoît (Esther), blanchisseuse, vingt-cinq ans, accouche pour la troisième fois à la Maternité, le 19 janvier 1832. Quelques heures après, douleur hypogastrique très vive (40 *sangsues*); soulagement.

« Le lendemain : région hypogastrique et iliaque très sensibles à la pression; fréquence du pouls (*saignée de* 12 *onces, potion avec huile d'amande douce, huile de ricin et sirop de violette de chacun une once, qui provoque plusieurs selles. Bain de trois heures. Friction sur l'abdomen avec axonge camphrée. Cataplasmes émolliens*).

« Le 21, la douleur de l'abdomen s'est dissipée, elle se reproduit dans la journée; mais cède à un bain prolongé. Le ventre est resté volumineux. Eruption labiale. La fréquence du pouls est considérable. La malade étant excessivement nerveuse, je prescris une potion calmante.

« Le 22, même état; un peu de désordre dans les idées, les mamelles durcissent.

« Les 23, 24, la sécrétion du lait continue. Ballonnement du ventre; fréquence considérable du pouls; léger dévoiement; appétit (*catap. émol.; friction avec axonge camphrée. Bains de siège.* 12 *sangsues à la partie interne des cuisses, potion calmante*).

« Le 25, pour la première fois, la malade accuse une douleur extrêmement vive à l'articulation du poignet: la tuméfaction n'est pas en rapport avec la douleur; fréquence toujours considérable du pouls; plaintes continuelles; agitation. L'abdomen est un peu moins ballonné.

« Le 26, même état (20 *sangs. autour du poignet. Onction avec axonge camphrée et laudanum. Bain d'avant-bras dans une infusion de fleur de sureau*).

« Les 27, 28, 29, l'état de l'abdomen va s'améliorant, l'état du poignet va s'aggravant (20 *sangs. sont appliquées de nouveau autour du poignet, le* 29).

« Les jours suivans la tuméfaction de l'articulation radio-carpienne augmente et s'étend à la main et à l'avant-bras. La malade y ressent des élancemens douloureux; l'abdomen paraît en très bon état, et cependant le mouvement fébrile persiste. L'appétit étant très considérable, *je prescris quelques alimens.*

« Dès le 5 février, une fluctuation manifeste existe autour du poignet.

« Le 10, je pratique une ouverture *qui donne issue à une grande quantité de pus.*

« Depuis quelques jours, la malade accusait une douleur à la partie inférieure de la jambe et au pied, mais l'examen le plus attentif n'y faisait découvrir aucune tuméfaction.—Le 14 février, deux abcès sous-cutanés se manifestent l'un en dedans, l'autre en dehors de la jambe. Un autre abcès se développe dans l'épaisseur des muscles de la région postérieure de l'avant-bras. D'une autre part, l'état général est bien peu satisfaisant : sueurs; mouvement fébrile; oppression; angoisse; toux; expectoration catarrhale.

« Ce fut au milieu de la plus cruelle angoisse, de cris de désespoir, d'une sorte de lutte contre la suffocation et la mort, que la malade succomba, le 18 février, 31e jour des couches.

« *Ouverture du cadavre.* Il y avait du *pus dans l'articulation radio-carpienne, ainsi que dans les articulations du carpe : les cartilages de la plupart de ces articulations avaient disparu sans laisser le moindre résidu. Le pus avait fusé en avant le long des tendons et des muscles de l'avant-bras. Plusieurs abcès existaient dans l'épaisseur des muscles des éminences thénar et hypothénar.*

« La fluctuation manifeste que j'avais observée à la partie supérieure et postérieure de l'avant-bras, était due à *un abcès qui occupait l'épaisseur du muscle extenseur commun des doigts.*

« *Les abcès observés à la jambe avaient leur siège dans le tissu cellulaire sous-cutané.*

« *Abdomen.* L'utérus était revenu sur lui-même; l'ovaire et la trompe du côté droit, occupaient la fosse iliaque correspondante derrière le cœcum auquel ils adhéraient par des

filamens celluleux; le cœcum adhère à toutes les parties voisines par des brides celluleuses.

« Le long du bord droit de l'utérus et un peu en avant, se voit un petit foyer de pus à demi concret. Les parois de ce petit foyer ne sont évidemment qu'un vaisseau lymphatique très dilaté.

« La muqueuse des voies aériennes est très injectée. Le tissu des poumons est fragile dans quelques points, mais incomplètement induré. »

Réflexions. — Comme dans les deux observations précédentes, on n'a point exploré le cœur pendant la vie, et on ne l'a point examiné après la mort. Rien n'est encore noté sur les causes qui ont pu déterminer l'affection rhumatismale, et le traitement dans ces trois cas, malheureusement terminés par la mort, diffère beaucoup de celui par lequel nous verrons plus tard que l'on guérit le rhumatisme articulaire aigu. Je suis bien loin de prétendre, d'ailleurs, que l'état puerpéral ne constitue pas une importante circonstance qui doit apporter de certaines modifications dans ce traitement, et qui, dans des cas donnés, imprime un haut degré de gravité à la maladie qu'il s'agit de combattre (1). Mais j'ai acquis, à force d'observations, la profonde conviction, que dans les cas de ce genre qui comportent l'emploi des émissions sanguines, on ne peut compter sur leur efficacité qu'autant qu'elles sont formulées autrement qu'elles ne l'ont été chez les précédentes malades, et qu'elles sont convenablement secondées par les moyens adjuvans dont je parlerai plus loin, ainsi que par la diète continuée jusqu'à ce que le mouvement fébrile ait été dompté.

(1) C'est aussi l'opinion de M. Cruveilhier.... « L'état puerpéral, dit-il, imprime à toutes les maladies un caractère de gravité aussi réel qu'inexplicable; ce caractère de gravité est porté à son summum dans les hôpitaux où l'influence miasmatique vient s'ajouter à toutes les influences qui naissent de l'état puerpéral lui-même. »

Ce professeur fait justement remarquer que cet état puerpéral favorise singulièrement la terminaison par suppuration de l'*inflammation* de cause rhumatismale comme de l'inflammation produite par toute autre cause.

Quoi qu'il en soit, parmi les phlegmasies, si promptes à se terminer par la suppuration auxquelles les nouvelles accouchées sont exposées, il faudra désormais compter la phlegmasie *rhumatismale* des membranes synoviales. Les faits précédens en sont des exemples frappans. Je vais en rapporter un autre qui a été recueilli dans le service de M. Rayer, à l'hôpital de la Charité. Dira-t-on encore à l'occasion du pus que contenait une articulation dans ce nouveau cas, qu'il ne s'agissait pas d'un *rhumatisme puerpéral*, pour nous servir de l'expression de M. Cruveilhier? je répondrai que M. Rayer avait diagnostiqué cette maladie, et que le diagnostic porté par un observateur aussi profondément éclairé, m'inspire une pleine et entière confiance.

OBSERVATION X. — Rhumatisme articulaire avec coïncidence de péricardite et de pleurésie, chez une nouvelle accouchée. — Mort. — Épanchement purulent dans l'articulation radio-carpienne, avec coïncidence d'épanchement également purulent dans le péricarde et dans la plèvre.

Le 11 décembre 1839, M. Rayer fit pratiquer l'ouverture d'une femme nouvellement accouchée, qui avait été admise dans son service pour une *fièvre rhumatismale*. D'abondantes pertes utérines avaient amené un tel état d'anémie, que M. Rayer ne put faire pratiquer qu'une saignée (l'habitude extérieure du cadavre était en effet remarquable par son extrême pâleur).

Ce savant observateur présuma qu'à l'ouverture, on trouverait peut-être du pus dans les poignets qui avaient été très douloureux et gonflés.

Il existait, en effet, *une synovie purulente dans l'un des poignets*.

Avec cet épanchement articulaire *coïncidait* un épanchement d'une sérosité purulente et floconneuse, abondante, dans le péricarde et la plèvre droite (1).

(1) Ainsi, le fait dont je viens de donner une courte analyse, est un nouvel exemple à l'appui de cette loi de coïncidence entre les phlegmasies du tissu séro-fibreux du cœur et le rhumatisme articulaire aigu.

J'ignore dans quel état furent trouvés l'endocarde et les valvules sur lesquelles il se réfléchit. Occupé moi-même à une *ouverture* au moment où

OBSERVATION XI (1). — Rhumatisme articulaire aigu généralisé; plus tard, métro-péritonite à la suite d'avortement. — Mort. — Quantité considérable de pus dans l'articulation fémoro-tibiale gauche; cartilages ramollis; fibro-cartilages détruits sur quelques points; capsule d'un rouge foncé et recouverte de fausses membranes; altérations analogues dans les deux articulations tibio-tarsiennes. — Pas de pus dans la matrice ni dans les veines de cet organe.

Villamé (Thérèse), âgée de vingt-sept ans, cuisinière, exposée à l'humidité et aux vicissitudes atmosphériques, enceinte de cinq mois, commence, le 27 janvier, à éprouver dans les hanches des douleurs, suivies de frisson. Les genoux, les pieds et les poignets se prennent successivement, et la malade entre dans le service de M. Piorry (n° 66, salle Saint-Joseph). Le 1er février, on constate une tuméfaction, avec chaleur et rougeur, de presque toutes les articulations, et une hydarthrose du genou gauche (2).

On a prescrit plusieurs saignées pendant les jours suivans, et deux seulement ont été faites, à plusieurs jours de distance (par erreur ou négligence). La malade resta dans un état à-peu-près stationnaire jusqu'au 6 mars, où elle accoucha d'un enfant mort.... Des symptômes de métro-péritonite se déclarent, et la malade succombe, le 9 mars à huit heures du soir.

Aut. cadav. — L'articulation fémoro-tibiale gauche présente, à l'extérieur, une tuméfaction des plus remarquables. A l'ouverture, *il s'en écoule une quantité considérable de*

M. Rayer faisait pratiquer celle dont il est question, je ne pus y prêter toute l'attention nécessaire. J'avais, d'ailleurs, prié l'interne de M. Rayer de vouloir bien me communiquer les détails qu'il avait recueillis sur ce cas, et il eut la bonté de me les promettre. Malheureusement, je ne les ai point encore reçus.

(1) Cette observation a été publiée dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (cahier d'avril 1834), par M. le docteur Raciborski, auquel elle avait été communiquée par M. Godin, élève de M. Piorry, dans le service duquel il l'avait recueillie.

(2) Il faut prendre ici le mot *hydarthrose* dans son acception générique et non dans son acception littérale. En effet, ce n'était pas un simple épanchement de synovie comme dans l'*hydarthrose* proprement dite, mais un épanchement purulent qui existait réellement.

pus ayant les caractères les plus tranchés, et il en reste encore deux cuillerées. Les cartilages sont ramollis, les fibro-cartilages détruits sur quelques points. La capsule elle-même présente une couleur rouge foncé; de fausses membranes existent à sa surface. Des altérations analogues se rencontrent à un degré plus ou moins élevé dans les deux articulations tibio-tarsiennes. — L'intérieur du vagin contient une sérosité rougeâtre, mêlée de pus. La surface interne de la matrice est un peu ramollie. Pas de pus dans sa substance; les veines de la matrice et la veine cave n'en offrent pas non plus.

Réflexions. — Il est à regretter que cette observation n'ait pas été publiée avec des détails plus circonstanciés. Mais telle qu'elle est, on ne peut la méconnaître pour un véritable exemple de rhumatisme articulaire aigu terminé par suppuration. On n'oubliera pas que dans ce cas, on ne trouva de pus ni dans l'utérus lui-même ni dans ses sinus veineux.

OBSERVATION XII (1). — Douleurs très intenses dans le genou droit qui est très gonflé. — Hydrothorax. — Mort. — Pus dans l'articulation du tibia avec le péroné. — Synoviale capsulaire d'un rouge-livide, moins dense et plus facile à détacher que dans l'état naturel. — Foyers purulens dans les muscles de la cuisse; mélange de pus et de synovie dans l'articulation du genou droit.

Un cultivateur, âgé de quarante ans, qui, dix ans auparavant, avait éprouvé des douleurs rhumatismales dans les membres, se rendit à l'Hôtel-Dieu avec des douleurs très profondes, très intenses dans le genou droit qui était très gonflé, sans aucun changement marqué de la couleur des tégumens (le malade avait d'ailleurs un hydrothorax à la suite d'une affection chronique du poumon). Le sixième jour, augmentation de la douleur, gonflement de la cuisse et

(1) Cette observation a été rapportée par Pinel, dans l'article de sa *nosographie* où il s'est occupé du rhumatisme musculaire. Elle appartient aussi bien au rhumatisme articulaire qu'au rhumatisme musculaire. Il est très fâcheux qu'elle n'ait pas été recueillie avec tous les détails convenables, et qu'elle puisse en conséquence, donner quelque prise à ceux qui nieraient l'*origine rhumatismale* de la suppuration dont elle est un exemple.

de la jambe, et le lendemain difficulté extrême de respirer, prostration des forces et la mort.

Autopsie cadav. — Depuis l'aine jusqu'au genou du membre affecté, entre le muscle droit antérieur et le crural, *foyer purulent, ainsi qu'entre le triceps crural et le fémur. Tous les autres interstices musculaires offraient des foyers purulens plus ou moins étendus,* avec une communication libre entre eux par la destruction du tissu cellulaire. Le corps des muscles indiqués ci-dessus contenait des foyers plus grands que ceux qui étaient distribués dans les faisceaux charnus, dont les uns étaient déchirés, et les autres écartés et d'un rouge très vif, en sorte qu'on remarquait une sorte d'infiltration presque totale de ces muscles divisés en petits foyers. Les aponévroses et les tendons étaient intacts; mais les tendons des muscles de la cuisse qui s'insèrent au tibia offraient au dessous d'eux divers foyers purulens qui communiquaient entre eux et avec la cuisse; deux s'ouvraient dans l'articulation : *l'intérieur de cette dernière était rempli d'une matière purulente plus liquide que celle qu'on avait trouvée dans la cuisse, de couleur grisâtre, et semblable à un mélange de synovie et de pus des muscles.* La membrane synoviale, peu altérée sur les surfaces articulaires, était d'un rouge livide dans la portion qui tapisse la capsule fibreuse et au pourtour des surfaces articulaires; dans ces mêmes endroits, elle était plus épaisse, moins dense et plus facile à détacher que dans l'état ordinaire (1). Il en était de même de l'articulation du tibia avec le péroné : la matière purulente renfermée dans les muscles était consistante, sans odeur marquée; sa couleur était variée, grise, jaunâtre, rouillée, etc.; dans un endroit, on ne trouvait que du sang noir. — L'autopsie

(1) D'après ces détails, on ne peut guère révoquer en doute l'existence d'une inflammation *idiopathique* de la synoviale.

Cette opinion paraît être celle de M. Chomel lui-même, lequel, après avoir rapporté ce fait dans sa dissertation inaugurale, ajoute : « *N'est-il pas naturel de penser que le premier abcès a été formé plutôt dans la capsule synoviale, où de semblables désordres ont été souvent observés, que dans le tissu même des muscles, qui jamais ne les ont offerts?* »

d'ailleurs confirma l'hydrothorax qui avait été indiqué par le caractère particulier des symptômes.

Nota. Il n'est point question de l'état du cœur.

OBSERVATION XIII. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec érysipèle phlegmoneux intercurrent.— Mort. — Synovie trouble, épaisse, offrant l'aspect du pus dans plusieurs articulations. — Foyers de pus sous les tégumens et phlébite.

Dans le relevé de notre clinique du 10 mars au 30 août 1832, parmi les cinq cas de rhumatisme qui s'y trouvent, il en est un qui se termina d'une manière funeste (il était aigu et généralisé). L'individu qui en était atteint, fut, pendant son séjour à l'hôpital, pris d'un violent érysipèle de l'avant-bras et de la main gauche, avec fièvre ardente et accidens cérébraux. Il mourut le quatrième jour après l'explosion de cette grave complication (1).

A l'*autopsie cadavérique*, on trouva plusieurs énormés foyers de pus sous les tégumens du bras et de la main, et les veines de ce membre ainsi que plusieurs autres étaient enflammés.

La plupart des articulations contenaient une synovie trouble, épaisse, offrant en quelques points l'aspect du pus (2).

OBSERVATION XIV. — Rhumatisme articulaire très aigu. — Pleurésie intercurrente ou coïncidente. — Mort. — Véritable pus mêlé de synovie dans l'articulation tibio-fémorale droite ; articulation tibio-fémorale gauche rouge, un peu sèche, avec érosion des condyles du fémur ; articulation radio-carpienne également rouge. — Matière purulente dans la portion de la veine crurale la plus voisine de l'articulation pleine de pus. — Rougeur et augmentation du volume du nerf crural.

Le 11 avril 1828, on ouvrit, en ma présence, à l'hôpital de

(1) A cette époque, je n'avais pas encore employé contre le rhumatisme articulaire aigu la formule des saignées coup sur coup, que j'exposerai plus loin. Cette méthode, bien appliquée, eut vraisemblablement sauvé le malade.

(2) A cette époque, je n'avais pas encore trouvé la loi de coïncidence entre le rhumatisme articulaire aigu généralisé et l'endocardite ou l'endopéricardite. Il n'est point fait mention de l'état du cœur après la mort, et cet organe ne fut pas exploré pendant la vie. Combien je regrette de n'avoir pas recueilli ce fait avec toute l'exactitude que j'ai apportée plus tard dans la collection des observations!

la Charité, une jeune femme qui avait été affectée d'un rhumatisme articulaire très aigu, pendant le cours duquel il survint une pleurésie. (Cette pleurésie se manifesta peut-être en même temps que le rhumatisme; mais celui-ci ayant absorbé, sans doute, toute l'attention du médecin et des assistans, on ne reconnut la pleurésie qu'à l'ouverture du cadavre.)

La malade ne passa qu'une quinzaine de jours à l'hôpital.

L'articulation tibio-fémorale gauche était rouge, un peu sèche; les condyles du fémur étaient érodés; il n'y avait point de pus. *L'articulation tibio-fémorale droite était pleine d'un véritable pus mêlé de synovie;* la congestion sanguine était à peine marquée (pendant les derniers jours de son existence, la malade avait cessé de souffrir dans cette articulation). Une des deux articulations radio-carpiennes était *rouge* comme l'articulation tibio-fémorale gauche, et avait été évidemment enflammée.

La portion de la veine crurale, la plus voisine de l'articulation pleine de pus, contenait une matière purulente, mêlée d'une sanie rougeâtre. Dans tout le reste de son étendue, elle était oblitérée ainsi que ses divisions par du sang concret (en plusieurs points, on reconnut une certaine quantité de pus). Les parois de la veine étaient épaissies, surtout vers le genou. Sa membrane interne était d'un rouge violet, et la concrétion fibrineuse ou fibrino-purulente s'en détachait facilement.

L'artère crurale était libre. Le nerf qui accompagne les vaisseaux était plus rouge qu'à l'état normal, et nous parut sensiblement plus gros.

OBSERVATION XV (1). — Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec douleurs atroces; fièvre forte. — Mort. — Une grande quantité de pus blanc et bien formé dans toutes les articulations des membres, tant abdominaux que thoraciques, qui avaient été si douloureuses du vivant du sujet, ainsi que sous les aponévroses de la cuisse gauche et sous celle de l'avant-bras gauche.

Pierret, âgé de cinquante-et-un ans, ouvrier terrassier,

(1) J'extrais cette observation du *Cours sur les généralités de la médecine pratique,* etc., par J.-J. Leroux, tom. VI, p. 185 (1826). Elle a pour titre :

autrefois tailleur d'habits, d'un caractère doux, d'une constitution bilieuse, entra à la Clinique le 21 décembre 1798 (1er nivose an VII). Il avait depuis long-temps des *douleurs de rhumatisme* qui ne l'empêchaient point de travailler; il avait une dyspnée habituelle; il éprouvait souvent des battemens de cœur, et était extrêmement sujet à contracter des catharres pulmonaires. Il existait des signes d'une pleuro-pneumonie (crachats rouillés, point de côté gauche permanent, etc.). De plus, il y avait des douleurs profondes dans les articulations des membres thoraciques et abdominaux (15 *sangsues sur le côté gauche, un vomitif*). Point de soulagement notable; la fièvre continue, les *douleurs de rhumatisme persistent, deviennent atroces et arrachent au malade des cris perçans*. Pendant les jours suivans, les symptômes indiqués acquièrent une grande intensité, et le 11 janvier 1799 (23 nivose), le malade mourut comme suffoqué.

Ouverture. Le poumon gauche était presque entièrement hépatisé. *Le péricarde adhérait au cœur en plusieurs endroits; les deux cavités gauches de cet organe étaient frappées d'anévrisme actif; l'orifice de l'aorte était très dilaté et parsemé de points osseux* (1).

Mais, *ce qu'il y avait de plus remarquable, c'est que toutes les articulations des membres, tant thoraciques qu'abdominaux, qui avaient été si douloureuses du vivant du sujet, contenaient une grande quantité de pus blanc et bien formé. On en trouva également sous les aponévroses de la cuisse gauche et sous celles de l'avant-bras gauche.*

Pneumonie latente; rhumatisme chronique devenu aigu, ayant produit des dépôts purulens dans les articulations; lésions du cœur.

(1) De pareilles lésions chez un individu qui avait été long-temps tourmenté d'un rhumatisme, seraient aujourd'hui, avec une très forte probabilité, je crois, rapportées à une endo-péricardite rhumatismale devenue chronique. Eh bien! dans l'école de Corvisart, cette doctrine était si peu soupçonnée, que, dans ses réflexions sur ce cas, M. Leroux dit, en parlant des lésions du cœur: « Elles paraissent *devoir être attribuées à la profession de tailleur que cet homme avait exercée long-temps.* »

Réflexions.—On ne peut s'empêcher de considérer comme appartenant bien au rhumatisme, la maladie articulaire et musculaire dont le sujet de cette observation a été affecté pendant son séjour dans le service de Corvisart, et tel avai été aussi le diagnostic porté alors. C'est donc bien là un nouveau cas de rhumatisme aigu terminé par une véritable suppuration du tissu cellulaire et des membranes synoviales.

Ainsi que nous l'avons remarqué dans une précédente note, les *lésions organiques du cœur* ont été, suivant toutes les probabilités, le funeste résultat d'une coïncidence d'endocardite avec les anciennes attaques de rhumatisme. J'ajouterai que cette circonstance d'anciennes affections rhumatismales, serait, au besoin, un nouvel argument à faire valoir en faveur de la nature rhumatismale de l'affection articulaire et musculaire qui existait au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, et qui a contribué à la terminaison fatale.

OBSERVATION XVI (1). — Douleurs rhumatismales chroniques continuelles dans les diverses articulations.— Mort. — Collection purulente dans l'articulation du poignet droit avec légère tuméfaction de la tête des os; ulcération des surfaces articulaires des os pisiforme et cunéiforme.

Une femme, d'une faible constitution, avait presque toujours habité des lieux humides. Elle fut attaquée de la goutte à soixante-deux ans. Ses dernières années se passèrent dans des douleurs continuelles qui parcouraient les diverses articulations.

Elle mourut d'une fièvre ataxique.

A l'*ouverture du corps*, on trouva la difformité ordinaire aux articulations qui ont été le siége de la goutte. Mais ce qu'il y eut de plus remarquable, *ce fut une collection de matière purulente dans l'articulation du poignet droit, une légère tuméfaction des têtes des os, et une ulcération des surfaces articulaires des os pisiforme et cunéiforme.*

(1) Cette observation est extraite de la *Médecine clinique* de Pinel (p. 321, 3e édition). Elle a été rapportée par M. Pinel comme un exemple de ses *phlegmasies du tissu fibreux et synovial.*

J'ai trouvé cette même observation dans la thèse de M. Moffait *sur les phlegmasies des membranes synoviales des articulations*, soutenue en 1810.

Réflexions.—Cette observation est, sans doute, bien défectueuse sous plusieurs rapports ; mais enfin, Pinel aurait dû en tenir compte dans l'article de sa *Nosographie philosophique,* consacré à la description générale qu'il a donnée du rhumatisme fibreux et synovial, et ne pas affirmer là que ce rhumatisme ne *se termine jamais par suppuration.*

Il est difficile de savoir en quoi consistait *essentiellement* cette fièvre ataxique, à laquelle on dit que la malade succomba. Mais en considérant les antécédens de la malade, il est bien permis de penser, avec Pinel et M. Moffait, que le pus trouvé dans une articulation était le résultat d'une affection rhumatismale.

OBSERVATION XVII (1). — Rhumatisme chronique avec fièvre hectique. — Mort. — Pus séreux, grumeleux dans les diverses régions malades.

« Un gendarme éprouvait depuis quatre ans des douleurs rhumatismales, qui se faisaient sentir à des temps plus ou moins éloignés, et ne l'avaient pas empêché de continuer son service. Il fut pris, il y a dix-huit mois, d'une nouvelle attaque, et presque toutes les parties du corps devinrent successivement le siège de tuméfactions considérables. Au bout de trois mois, le 10 février 1814, il fut reçu au Val-de-Grâce,

(1) Cette observation et la suivante sont extraites de la thèse de M. Vallerand-de-la-Fosse, soutenue en 1815. Elles constituent, avec la précédente, empruntée à la *Médecine clinique* de Pinel, les trois seuls cas de suppuration du rhumatisme articulaire dit chronique que j'aie trouvés dans les auteurs.

Les observations de M. Vallerand sont précédées des réflexions suivantes : « La suppuration s'observe assez fréquemment à la suite du rhumatisme chro- « nique, dans les articulations, dans l'épaisseur des muscles, dans le tissu la- « mineux qui les environne, etc., mais cette suppuration n'est pas semblable « à celle qui suit le rhumatisme aigu. Elle n'est pas caractérisée par un pus « bien lié, bien épais, comme dans le dernier cas, mais par un liquide séro- « albumineux, quelquefois semblable à de l'huile, quelquefois à de l'eau qui « tiendrait en dissolution des matières animales. »

Il y aurait bien quelques remarques à faire sur cette distinction. Mais mon unique but, quant à présent, est de prouver que le rhumatisme peut se terminer par suppuration, sans insister sur les modifications dont celle-ci est susceptible.

présentant diverses tumeurs aux cuisses, aux jambes, aux lombes, et déjà en proie à la fièvre hectique qui fit des progrès rapides, et amena la mort le 2 avril de la même année.

« L'incision des diverses parties tuméfiées donna issue à un *liquide, ici séreux, jaunâtre, grumeleux*, ailleurs *analogue à de l'huile, blanchâtre, et contenant des flocons albumineux.* Les muscles des lombes et des membres étaient blanchâtres, sans consistance : les uns étaient environnés de pus, les autres en étaient pénétrés. Les aponévroses étaient amincies et comme déchirées dans quelques endroits. »

OBSERVATION XVIII. — **Rhumatisme articulaire aigu passé à l'état chronique, d'abord vague, puis fixé à l'articulation huméro-cubitale, et terminé par un foyer purulent dont l'ouverture donne issue à une grande quantité d'un pus séro-albumineux.**

« Un élève distingué de cette école fut attaqué, l'année dernière, d'un rhumatisme aigu qui fut vague dans les premiers jours, et se fixa, au bout de quelque temps, dans l'articulation huméro-cubitale gauche. Les douleurs étaient alors moins vives que dans le début de la maladie; elles étaient profondes, tensives, augmentant par accès. Une tuméfaction assez considérable s'étendait au-dessus et au-dessous de l'articulation, sans fluctuation notable. Ces symptômes persistaient depuis trois mois, lorsque le malade aperçut, à la partie supérieure et interne de l'avant-bras, une petite tumeur molle qui s'était formée tout-à-coup. Il l'ouvrit lui-même avec une lancette, et en comprimant les parties depuis long-temps tuméfiées, il fit sortir par l'ouverture *une grande quantité de liquide séro-albumineux.* Sans doute, l'aponévrose distendue par ce liquide, avait empêché de reconnaître la fluctuation, et la déchirure avait enfin permis la formation de cette petite tumeur.

« La plaie resta fistuleuse, et la guérison n'est complète que depuis peu de temps. »

OBSERVATION XIX (1). — Rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, d'abord fixé sur le genou gauche, puis disséminé sur plusieurs autres articulations. — Formation d'un abcès à la partie interne du genou gauche; incision de cet abcès et issue d'une grande quantité d'un pus séreux et sanguinolent. — Convalescence vers le quarante-cinquième jour seulement. — Excoriatoins au sacrum et au grand trochanter gauche, par suite de la longue durée du décubitus en supination (Traitement presque nul).

Emilie Lafond, vingt-huit ans, mariée depuis six ans, mère d'un enfant, née à la Villette, où elle a toujours habité. Son logement, sa nourriture et ses vêtemens ont toujours été sains. Tempérament sanguin, bonne constitution; elle a toujours mené une vie sobre, et n'a d'autres occupations que celles de son ménage. Elle a été atteinte, à onze ans, de la gale qui fut traitée par le mercure, et elle eut, il y a deux ans, une pneumonie.

Au mois de juin 1811, elle fut prise, sans cause connue, d'une vive douleur au genou gauche, douleur qui accrut d'intensité pendant deux jours (*un vésicatoire appliqué sur le genou, puis des fumigations, ne furent suivis d'aucun succès*). Après quinze jours de souffrances, les douleurs s'étant totalement dissipées d'elles-mêmes, il se déclara un engorgement considérable dans toute l'articulation du genou. La malade, effrayée de cette nouvelle affection, entra à l'Hôtel-Dieu le 2 juillet 1811.

Le lendemain, soumise à l'observation, elle offrit l'état suivant : genou gauche très volumineux, rouge, douloureux au point qu'on ne pouvait le toucher sans provoquer les cris de la malade; jambe fléchie; impossibilité de la mouvoir en aucun sens. La nature des symptômes indiquant un *engorgement rhumatismal*, on mit en usage le traitement suivant : *cat. émoll. sur la tumeur; boissons sudorif.*

Le deuxième jour, sueurs très abondantes; la malade, dans

(1) Cette observation a été publiée dans la thèse de M. Cruveilher (il ne faut pas confondre ce nom avec celui de M. *Cruveilhier*, professeur à la Faculté de médecine de Paris), soutenue en 1812. Le titre de cette observation est : RHUMATISME FIBREUX *terminé par suppuration et par gangrène* (on verra plus bas que cette gangrène fut un *accident* et non une *terminaison naturelle* de la phlegmasie rhumatismale).

un moment d'impatience, s'est découverte, et s'est même mise sur son séant pour prendre le frais. Dès cet instant, *douleurs vives dans le genou droit.*

Du troisième au sixième jour, agitation continuelle, fièvre, céphalalgie.

Le sixième jour, le *rhumatisme attaqua toutes les articulations,* à l'exception de celles des pieds et des mains; les *unes offrant du gonflement et de la douleur, les autres du gonflement sans douleur.*

Un abcès s'étant formé à la partie interne du genou gauche, on l'a ouvert par une petite incision qui a donné issue à une assez *grande quantité d'un pus séreux et sanguinolent* (*cat. genou gauche*).

Le septième jour, *vésicatoire sur la cuisse gauche qui en peu de jours devint très douloureuse*, *s'ulcéra et se gangréna.* Cet accident sembla être salutaire à la malade, car dès ce moment, il y eut cessation complète des douleurs.

Le douzième jour, l'eschare gangréneuse commençant à se détacher, on l'emporta avec l'instrument tranchant, et l'ulcère, rendu à l'état d'ulcère simple, fut pansé convenablement. *La longue durée du décubitus en supination a déterminé une excoriation au sacrum, et une autre au grand trochanter gauche, excoriation dont la guérison a été assez longue* (1).

Tous ces accidens, dont chacun pourrait être regardé comme une véritable maladie, ont amélioré l'état général.

Les douleurs rhumatismales sont totalement dissipées, le genou gauche n'est plus gonflé; *mais il reste encore un peu de rigidité dans tout le membre.* La plaie résultant de l'ouverture de l'abcès est cicatrisée. La malade entre enfin en convalescence, quarante-cinq jours après l'invasion de la maladie (2).

(1) Voilà pourtant ce que deviennent, sous l'influence des anciennes méthodes, des maladies que nous enlevons presque constamment dans l'espace de quelques jours, d'un septénaire environ, quand nous appliquons notre méthode à une époque voisine du début de la maladie.

(2) Ainsi, la convalescence ne commence qu'au quarante-cinquième jour;

OBSERVATION XX (1). — Rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, d'abord concentré sur le genou droit, puis disséminé sur plusieurs articulations des membres et aussi sur les muscles de ces membres. — Abcès à la partie interne du genou droit et au mollet gauche, ainsi qu'au pli du coude gauche; suppuration prolongée après l'ouverture artificielle ou spontanée de ces abcès; ankylose consécutive du genou suppuré.

Madame R., âgée d'environ quarante-deux ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, accoutumée à se faire saigner fréquemment, fut attaquée, les derniers jours d'octobre 1804, après s'être exposée au froid, de douleurs très aiguës à la tête, avec frisson, suivi bientôt d'une augmentation assez considérable de chaleur. On appela un médecin qui ordonna l'application de 3 *sangsues à la tempe droite. La malade desirait une saignée; mais le chirurgien, chargé de l'application des sangsues, refusa de la faire, quoiqu'il la regardât comme très utile : il se contenta d'appliquer les sangsues, qui ne calmèrent pas la douleur.*

Le médecin ordonna alors *l'application d'un sinapisme à la plante des pieds :* il y fut laissé jusqu'à ce qu'il excitât une irritation assez forte. La nuit suivante, madame R. ressentit au genou droit une douleur extrêmement aiguë, avec rougeur et légère tension de la partie.

Pour calmer ce nouvel accident, le médecin *fit appliquer au genou une solution d'opium dans l'huile d'amandes douces.* Cette application fut suivie, d'une manière presque instantanée, du gonflement de la partie, et d'une grande aug-

et la malade n'y est parvenue qu'à travers les accidens les plus graves. Heureuse encore si, échappant à la loi commune, il ne lui est point resté le germe d'une fatale maladie organique du cœur!

(1) Cette observation a été recueillie par M. Fauchier, et publiée, en 1815, dans le *Journal général de médecine*, sous ce titre : *Observation d'un rhumatisme aigu terminé par la suppuration, suivie de réflexions sur la nature et le traitement de cette maladie.*

Nous ne parlerons pas ici des réflexions de l'auteur sur la maladie à laquelle se rapporte cette observation; observation que nous rapportons textuellement, laissant au lecteur éclairé le soin de la juger, soit sous le rapport du *fond*, soit sous le rapport de la *forme.* Nous recommandons surtout à son attention ce qui est relatif au traitement.

mentation de la douleur. Le gonflement s'étendit bientôt en haut jusqu'à la hanche, et en bas jusqu'au talon : il était très considérable, avec des douleurs fugaces, mais très vives, tantôt au poplité, tantôt et principalement à la partie interne du genou, vers l'articulation du tibia avec le fémur. Le moindre mouvement, le plus léger attouchement augmentaient beaucoup ces douleurs. Le gonflement conservait l'impression du doigt : la peau était de couleur naturelle, excepté au genou, où il y avait une légère rougeur non circonscrite.

La douleur de la tête se dissipait à mesure que celle du genou augmentait. Le lendemain, le bras gauche fut pris, à l'articulation du coude, de douleur, de rougeur, de tension, et ensuite d'un gonflement pareil en tout à celui de la cuisse et de la jambe droites ; ce gonflement s'étendait jusqu'à l'aisselle et à la main.

A toutes ces affections topiques se joignaient les symptômes généraux suivans : fièvre assez forte, avec pouls plein, langue sale, noirâtre ; constipation opiniâtre ; dysurie ; les douleurs étaient si aiguës, que madame R. criait continuellement, de manière que son gosier en fut affecté au point de simuler une angine.

Pour calmer ces douleurs, on fit prendre le cinquième jour de la maladie, *un grain d'opium divisé en deux doses. On prescrivit en même temps une drachme de nitrate de potasse, et deux jours après, demi-once de sel polychreste dans une livre de décoction d'avoine, à prendre dans un jour. A ces tisanes, on substitua bientôt une infusion de sassafras* (*une drachme par livre d'eau*) ; deux verres furent pris, et il y en eut assez pour augmenter les douleurs. On permettait à la malade une diète nourrissante, en soupes grasses, viandes rôties, etc. La constipation ne fut combattue que par un lavement de quatre onces d'huile d'amandes douces, qui ne produisit rien.

Dès le quinzième jour de la maladie, le médecin avait *annoncé qu'il n'y avait aucun espoir de guérison.*

Le vingt-cinquième jour, je fus appelé. Outre les symptômes locaux déjà décrits, je trouvai que madame R. ne pouvait exécuter aucun mouvement du bras gauche, de la cuisse et

de la jambe droites ; elle ne pouvait même supporter sur ces membres aucune couverture tant soit peu pesante, sans éprouver une augmentation considérable des douleurs. Quand on la mettait sur le bassin pour uriner, elle avait des évanouissemens, ou plutôt des affaissemens, qui duraient souvent une, et même quelquefois deux heures. Pendant ces affaissemens, madame R. ne perdait pas entièrement connaissance : les poumons et le cœur continuaient leurs fonctions, mais d'une manière très faible ; une pâleur extrême se répandait sur toute la surface du corps : la malade semblait au moment d'expirer. Cet état ne se dissipait que par le moyen de *cordiaux spiritueux* qui augmentaient beaucoup la chaleur, déjà très considérable.

La fièvre continuait, avec des redoublemens irréguliers; mais généralement au nombre de deux par jour. Le pouls était toujours petit et serré, un peu plus élevé pendant les exacerbations. La dysurie avait augmenté; la constipation était telle, que depuis le commencement de la maladie, il n'y avait eu aucune selle.

Il ne me fut pas difficile de voir l'étendue des fautes commises, et je craignais qu'il ne me fût pas possible de les réparer. Je demandai vivement le changement du régime de la malade; j'insistai avec force sur la nécessité des délayans, des lavemens, et même des doux laxatifs : *la malade fut mise à une diète sévère, consistant seulement en bouillons et en crêmes de graines céréales.*

Les lavemens, continués pendant plusieurs jours, amenèrent l'évacuation de matières dures et noires, avec un soulagement marqué.

L'augmentation de boisson, que je conseillai, fit couler les urines assez abondamment et sans douleur.

Je m'opposai à l'application d'un cataplasme de morelle (*solanum nigrum*), et même à tout topique. Quelques jours après, j'obtins avec beaucoup de peine, *l'usage d'une décoction de 4 onces de tamarin dans 2 livres d'eau, aiguisée d'un grain de tartrite antimonié de potasse.* Elle ne produisit aucun effet; mais le lendemain, soit qu'il fût fait avec plus de soin, soit que le tartrite fût meilleur, le même re-

mède, préparé dans une autre pharmacie, produisit deux selles extrêmement abondantes de matières dures.

J'aurais désiré continuer l'usage du tartrite antimonié à la dose d'un grain, étendu dans 8 onces de liquide, à prendre par cuillerées toutes les deux heures; mais je ne pus l'obtenir. Je fis continuer les lavemens; on en donnait un tous les jours: ils amenaient constamment une selle de matières dures et noirâtres. Ces évacuations, ce changement de régime avaient produit un très bon effet. Les affaissemens n'avaient plus lieu; le pouls était un peu relevé; la chaleur moindre; les redoublemens, ainsi que la fièvre, considérablement diminués; les douleurs moins intenses, l'affection du gosier entièrement dissipée; la langue se nettoyait par l'emploi des lavemens et l'usage plus abondant de la décoction d'orge avec le sel polychreste.

L'état de madame R. s'améliorait de jour en jour; le gonflement même diminuait; la fièvre était presque entièrement dissipée, lorsque le médecin ordinaire, qui n'avait pas voulu consentir à l'usage du tartrite antimonié, ni à la continuation de doux laxatifs, qui même n'approuvait pas les lavemens que je faisais donner tous les jours, ordonna les *pilules scillitiques de la pharmacopée de Londres*, craignant une hydropisie, trompé sans doute par le gonflement du bras et de la cuisse, qui retenaient l'impression du doigt.

J'observai, 1° que cette crainte n'était nullement fondée; que c'était le caractère de la tuméfaction des membres, qui accompagne quelquefois le rhumatisme, même aigu, de conserver ainsi l'impression du doigt, quand les douleurs ont diminué de violence, et que la maladie est avancée dans son cours; 2° que ces pilules, irritant et échauffant beaucoup par la gomme ammoniaque qu'elles contiennent, augmenteraient l'inflammation, qui n'était pas encore entièrement dissipée, quoique la maladie fût déjà avancée, parce que, comme l'établit fort bien Stoll et après lui Barthez, un des caractères distinctifs de l'inflammation rhumatismale, est d'être de longue durée.

Le mari et la sœur de la malade, instruits de ces raisons, ne se décidèrent pas à suspendre entièrement ce remède;

mais ils ne donnèrent que la moitié de la dose prescrite. Madame R. prit deux pilules de 4 grains chaque : une le soir, et l'autre le lendemain matin.

Après la seconde pilule, il y eut une fièvre violente, avec élévation et plénitude du pouls, chaleur considérable, et augmentation de douleurs. M... voyant cet état, fit suspendre les pilules. Le lendemain matin, il trouva la fièvre diminuée. Croyant alors qu'il y avait intermittence, ou du moins rémittence bien marquée, *il ordonna l'usage de la décoction d'une once de quina, et autant de crème de tartre dans 2 livres d'eau.* J'observai que ces rémissions étant un des caractères de la fièvre qui accompagne le rhumatisme aigu inflammatoire, elles n'indiquaient nullement le quina, qui d'ailleurs ne convenait pas, par les mêmes raisons qui avaient fait prescrire les pilules scillitiques. Mon avis était de ne donner que de légers laxatifs rafraîchissans, tels que le tartrite acidulé de potasse, ou les tamarins.

Les parens, frappés de la vérité de mon premier pronostic, obéirent entièrement à celui-ci, et ne donnèrent point le quina. A sa visite du soir, M... trouvant une exacerbation très forte, avec le pouls serré, et une chaleur sèche, approuva cette conduite et consentit à une once de crême de tartre dans une livre de décoction d'avoine ; ce qui fut continué pendant trois jours : alors la dose fut réduite à demi-once. Au bout de quelques jours, on substitua à cette tisane la décoction de trois onces de racine fraîche de bardane dans deux livres d'eau, avec une drachme de nitrate de potasse et ensuite demi-once de crême de tartre. Ces tisanes, aidées des lavemens que l'on donnait tous les jours, et qui amenaient l'évacuation des matières noires et dures, abattirent l'incendie allumé par les pilules scillitiques ; mais ce ne fut qu'au bout de douze jours que les exacerbations de la fièvre cessèrent et qu'elle redevint légère.

Cependant l'engorgement du bras et de la cuisse ne diminuaient pas. Peu de jours après l'administration des pilules scillitiques, il s'était manifesté à la jambe gauche, qui jusqu'alors n'avait pas été affectée, précisément au-dessous du mollet, une douleur obscure et légère, avec

rougeur considérable, chaleur et tension. Cette tension augmenta; elle se propagea, ainsi que la douleur, depuis la cheville jusque près du genou; mais les deux articulations furent toujours exemptes; *ici la maladie affecta seulement les muscles.*

Dans la partie interne du genou droit, on sentait une espèce de fluctuation très obscure. M... était d'avis d'y porter le bistouri. Un chirurgien très habile, et qui jouit à juste titre d'une grande réputation, M. G..., fut consulté; il reconnut la fluctuation; mais ignorant, nous dit-il, la nature du fluide contenu dans cette tumeur, il fut du même avis que moi, et nous décidâmes de laisser agir la nature, puisque l'expérience a souvent prouvé que ces engorgemens se dissipent d'eux-mêmes, et que leur ouverture par le fer a produit quelquefois un ulcère de mauvaise nature.

Nous n'examinâmes nullement la jambe gauche, parce que la douleur y était légère, la chaleur et la rougeur entièrement dissipées, et qu'il y avait une desquamation par larges écailles. Mais le quarante-quatrième jour de la maladie, *il se fit naturellement une ouverture à cette jambe gauche, sous le mollet; et il en découla une écuelle de pus blanc et bien formé:* ce qui nous étonna d'autant plus, que la douleur et le gonflement avaient été très légers à cette jambe, et que nous n'y avions aperçu aucune marque d'abcès; la tumeur n'avait jamais été ni circonscrite, ni élevée en pointe. Il continua à en découler du pus pendant un jour, ensuite de la sérosité, d'abord sanguinolente.

La douleur au bras gauche continuait: il y avait une rougeur vive au pli du coude; la tumeur, dans laquelle on sentait une légère fluctuation, était circonscrite et entourée de duretés. Je fis appliquer un cataplasme de mie de pain; deux jours après, il *se fit une petite ouverture, de laquelle découla pendant plusieurs jours du pus blanc et épais.* Le gonflement du bras et de la main diminua considérablement. Ces suppurations nous décidèrent à faire appliquer un cataplasme émollient à la partie interne du genou droit, d'autant plus que la tumeur parut se circonscrire, et que la fluctuation parut plus manifeste. Ce cataplasme n'augmenta ni ne

diminua la douleur : la tumeur s'élevait en pointe ; la fluctuation devenait de plus en plus évidente. M. G... continua à préférer l'ouverture faite par la nature à celle par le fer ; cependant, pour satisfaire aux désirs de madame R..., qui croyait que cela mettrait fin à ses douleurs, *il consentit à faire faire une légère moucheture qui donna issue à deux livres de pus de bonne consistance, mais grisâtre, mêlé de grumeaux et d'un peu de sang.* Le gonflement diminua instantanément autour de l'articulation et peu-à-peu dans tout le membre. Pendant plusieurs jours, il découla de cette ouverture du pus, ensuite beaucoup de sérosité âcre.

Cependant les forces se soutenaient, l'appétit était bon ; il n'y avait pas de fièvre. Vers les derniers jours de décembre, il n'existait ni tumeur, ni douleur au bras gauche ; le gonflement de l'extrémité inférieure droite était diminué considérablement ; la douleur y était très légère, et ne se faisait sentir que par intervalle. Le 3 janvier, l'écoulement se supprima sans cause manifeste. Jusqu'alors, le traitement local avait consisté en l'application d'une compresse trempée dans la solution de gomme arabique, pour s'opposer à l'action de l'air, sans nuire à la sortie du pus et de la sérosité.

Cette suppression de l'écoulement ne donna lieu à aucun mauvais symptôme. L'engorgement qui existait encore n'augmenta point ; il paraissait plutôt diminuer. Cependant, je prescrivis un grain de tartrite antimonié de potasse dans la tisane. L'appétit continuait à être bon ; l'état général s'améliorait de jour en jour.

Le 12 janvier, *il sortit encore de l'ouverture faite au genou une grande quantité de sérosité sanguinolente et même quelques caillots de sang.* Cet écoulement fut assez considérable pendant trois jours ; il diminua insensiblement jusqu'au 22, jour auquel l'ouverture parut tout-à-fait fermée. Le gonflement était à-peu-près dissipé ; il n'y avait plus de douleur, le gonflement n'en excitait qu'une très légère ; il restait simplement une tension assez grande à la partie externe de la cuisse et de la jambe. L'état général était très bon ; les menstrues parurent le 21 février.

Pendant le cours de la maladie, nous avions fréquemment

recommandé à madame R. de tâcher de plier le genou ; j'avais même tenté plusieurs fois de le faire plier moi-même par de légers efforts; mais la douleur que ces mouvemens occasionaient rendait la malade et même les parens sourds à mes conseils. Lorsque ensuite de l'écoulement du pus et de la sérosité, le gonflement eut diminué, je cherchai à combattre la tension qui restait, par des fomentations émollientes; mais on ne les fit pas assez constamment. AINSI, RIEN N'A PU EMPÊCHER UNE ANKYLOSE, *contre laquelle on a ensuite employé l'application, fréquemment renouvelée, d'animaux fraîchement écorchés, et ensuite de bains d'eaux thermales,* MAIS SANS AUCUNE AMÉLIORATION; madame R. a quitté Lorgues, *excussâ ingrato pectore accepti beneficii memoriâ* (1).

RÉFLEXIONS SUR LES DEUX OBSERVATIONS PRÉCÉDENTES. — Bien que la mort n'ait pas eu lieu dans les deux cas précédens, et que, partant, l'*autopsie cadavérique* n'ait pas été pratiquée, ils n'en constituent pas moins deux exemples remarquables, évidens, de terminaison d'un rhumatisme aigu par suppuration. On ne saurait, en effet, élever aucune espèce de doute sur l'existence d'un *véritable* rhumatisme aigu dans ces deux cas, ni nier l'existence d'une suppuration qui provenait *essentiellement* de cette affection; tout au plus, pourrait-on douter que le pus fourni par les abcès de la partie interne du genou, du coude, provînt de la cavité des articulations. Il est vrai que la preuve matérielle de la suppuration

(1) Certes, si jamais cette *morale* fut assez mal appliquée, c'est bien ici. Il est vrai que si la malade eût été guérie, dans l'espace d'un septénaire, sous l'influence de la méthode thérapeutique dont nous parlerons plus loin, elle n'en eût été que moins reconnaissante encore. Nous ne prétendons pas la justifier ici de son ingratitude; mais n'est-il pas admirable de voir un médecin se plaindre de cette ingratitude, dans un cas où les résultats de son art ont été si malheureux, si déplorables? Je n'accuse pas le médecin de ces résultats, et je les mets sur le compte de la médecine de cette époque. En présence de pareils résultats mis en parallèle avec les nôtres, n'est-il pas permis de montrer quelque orgueil? Au reste, on peut appliquer à ce fait les réflexions que j'ai placées à la note qui termine le précédent.

des synoviales articulaires manque ici; mais, à défaut de cette preuve matérielle, l'analogie extrême qui existe entre ces cas et ceux rapportés plus haut, ne permet guère le doute dont il vient d'être question, surtout dans le second cas où une *ankylose* a succédé à la suppuration d'un des genoux.

OBSERVATION XXI (1). — Rhumatisme des membres abdominaux, qui a retenu le malade au lit pendant près de deux mois, suivi d'un abcès au genou.

« Je me rappelle, dit M. Gasc, l'histoire d'un jeune homme qui, après avoir passé quelque temps à l'armée, exposé à tout ce que la vie militaire offre de plus pénible, fut attaqué de rhumatismes qui occupaient les *muscles* des membres abdominaux, et qui le retinrent dans son lit près de deux mois, au bout duquel temps il se forma *un dépôt au genou,* qui s'ouvrit et *suppura fort long-temps,* après avoir entièrement dissipé les douleurs de rhumatisme (2).

RÉFLEXIONS. — Bien que cette observation ne soit pas rap-

(1) Cette observation est extraite du mémoire de M. Gasc sur la question suivante : EXISTE-T-IL DEUX VARIÉTÉS DE RHUMATISME EXTÉRIEUR, DONT L'UNE AFFECTE LE SYSTÈME MUSCULAIRE DE LA VIE ANIMALE, *et l'autre le système fibreux des articulations?* (Voy. le cinquième volume des *Mémoires de la Société médic. d'émulation*; 1803.)

Cette observation est précédée du passage suivant : « On n'a pu découvrir encore dans la substance propre du muscle affecté de rhumatisme, aucune apparence de suppuration; *mais il n'est pas insolite de voir survenir des dépôts à la suite du rhumatisme.*

Plus loin, il dit positivement que le rhumatisme articulaire ne se termine jamais par suppuration. Mais il ne faut pas oublier que M. Gasc place cette espèce de rhumatisme dans le *tissu fibreux*, *système qui,* dit-il, d'après Bichat, *présente ceci de remarquable, que presque jamais il ne se prête à la formation du pus.* A la bonne heure; mais il n'en est pas de même des synoviales, siège principal, essentiel, du rhumatisme articulaire.

(2) Il est bien vraisemblable, d'après le siège de l'abcès, et en réfléchissant combien il est rare de rencontrer un rhumatisme qui se prolonge deux mois dans les membres, sans envahir les articulations, il est, dis-je, bien vraisemblable qu'il s'agit, dans ce cas, d'un rhumatisme pour le moins autant articulaire que musculaire, et qui est en opposition avec l'opinion de l'auteur, savoir que cette espèce de rhumatisme ne se termine pas par suppuration.

portée avec plus de détails, il n'est pas permis de révoquer en doute l'exactitude du diagnostic porté par M. Gasc. Il s'agit donc bien encore ici d'un rhumatisme, et d'un rhumatisme assez intense pour avoir retenu, pendant près de deux mois au lit, le sujet qui en était atteint. Or, le *dépôt du genou* ne saurait raisonnablement être attribué à autre chose qu'au rhumatisme lui-même, quel que ait été, d'ailleurs, le siège précis du foyer de la suppuration.

Tout récemment, M. le docteur Malapert a publié dans un journal de médecine, à l'appui de l'opinion que j'avais soutenue sur la réalité de la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration, une observation qui trouve naturellement sa place à la suite de celles qu'on vient de lire. Je vais la rapporter.

OBSERVATION XXII (1). — Rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, occupant d'abord le genou gauche, puis envahissant les articulations tibio-tarsienne droite, les poignets et les coudes. — Épanchement dans l'articulation tibio-tarsienne où l'on pratique une ponction qui donne issue à une synovie trouble, ayant l'aspect du pus.

Une cantinière, après avoir, malgré la rigueur de la saison, lavé du linge à l'eau froide, fit appeler M. le docteur Malapert pour le consulter sur une *douleur qu'elle éprouvait au genou gauche*. Ce médecin reconnut l'existence d'un rhumatisme de cette articulation. Deux jours après, l'*affection envahit l'articulation tibio-tarsienne droite,* qui était alors le siège d'une vive inflammation, avec beaucoup de gonflement (20 *sangsues; cataplasme*).

Cependant, les jours suivans, des *douleurs vagues se firent ressentir aux poignets et aux coudes, et celles de l'articulation tibio-tarsienne persistèrent avec une telle intensité, qu'elles faisaient oublier les autres*. La malade avait en même temps de la fièvre (*deux applications de* 12 *sangsues; bains de jambe très chauds; diète*). Au bout de douze jours, M. Malapert distingue une *fluctuation profonde dans l'articulation tibio-tarsienne;* deux jours après, il y pratique une ponction et il en sort un liquide de l'apparence de la synovie,

(1) GAZETTE MÉDIC., *n° du* 16 *mars* 1839.

mais plus épais et plus jaune, *et ce liquide,* suivant M. Malapert, *était bien du pus, mais du pus comme en peuvent sécréter les tissus blancs privés de tout contact avec l'atmosphère.*

Réflexions.—Cette observation est accompagnée de la note suivante de l'un des collaborateurs du journal où elle a été publiée :

« On pourrait, dit-il, regarder la maladie comme une « simple inflammation de l'articulation tibio-tarsienne, ter- « minée par suppuration et compliquée de douleurs vagues « aux genoux, aux poignets et aux coudes, telles qu'on en « voit dans plusieurs maladies différentes. Si cependant l'af- « fection dont il s'agit était réellement un cas de rhuma- « tisme, nous pensons qu'on devrait la rattacher à une forme « spéciale de cette affection, dans laquelle elle se fixe sur une « seule articulation, et finit par y déterminer des désorgani- « sations plus ou moins profondes; mais, cet état pathologi- « que diffère trop, sous plusieurs points de vue, du rhuma- « tisme ordinaire, pour qu'on puisse les confondre sous les « mêmes noms. »

Pour comprendre cette discussion, assez peu intelligible en elle-même, il n'est pas inutile de savoir que son auteur continue à nier la possibilité de la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration, en dépit de la plupart des faits rapportés ci-avant, et que j'avais publiés déjà dans le journal *L'Expérience.* Cela posé, voyons l'argumentation de l'auteur. Nous ne nous arrêterons pas à sa première hypothèse, tant elle est inadmissible. En effet, la description de la maladie dont il vient d'être question, ne peut évidemment, et en conscience, s'appliquer qu'au rhumatisme articulaire; il ne nous reste donc plus qu'à examiner la seconde hypothèse, savoir : que *s'il s'agit,* dans ce cas, *d'un rhumatisme, on doit le rattacher à une forme spéciale de cette affection, dans laquelle elle se fixe sur une seule articulation.* Cette forme n'est pas assurément nouvelle, et il y a long-temps qu'elle a été bien établie par les observateurs. Est-ce que notre auteur ne sait pas qu'il y a un rhumatisme dit *fixe* et un rhumatisme dit vague ou *mobile,* un rhumatisme *partiel*

borné à une seule articulation ou à quelques-unes, et un rhumatisme *généralisé, disséminé?* Mais les faits précédens démontrent combien il est dans l'erreur, s'il s'imagine que la suppuration survient uniquement dans cette forme spéciale de l'affection qui se *fixe* sur une seule articulation. Toutefois, comme le rhumatisme *mono-articulaire* est souvent plus *intense* que le rhumatisme articulaire *disséminé,* il est vrai, jusqu'à un certain point, que cette forme se prête plus que l'autre à la suppuration. Maintenant, nous demandons à l'auteur quel nom il donnera à une forme de *rhumatisme* admise par lui-même, s'il ne lui donne pas le nom de *rhumatisme?* C'est comme s'il refusait le nom d'*érysipèle,* de *phlegmon,* ou de *pneumonie,* au degré de ces maladies qui est caractérisé par la suppuration, et qu'il réservât ces noms uniquement pour les degrés ou cette suppuration n'existe pas. Qu'il est difficile à certains esprits de revenir d'une erreur qu'ils ont long-temps caressée!

Pressé de tous côtés par les observations que j'avais déjà publiées, et par la nouvelle observation adressée au journal indiqué, M. G..... se trouvant, sans doute, mal à son aise dans le cercle des faits, essaie de s'échapper par la tangente des mots mal définis ou à double entente, triste ressource de ceux qui, malgré l'évidence des preuves, persistent, avec une opiniâtreté indomptable, à défendre une mauvaise cause. Il veut bien admettre que, dans le cas de M. Malapert, il ait existé un rhumatisme d'une forme spéciale, mais il ajoute que *cet état pathologique* (celui qui constitue cette forme spéciale de rhumatisme) *diffère trop, sous plusieurs points de vue, du rhumatisme* ORDINAIRE, *pour qu'on puisse les confondre sous les mêmes noms.* Si cet *état pathologique* ne doit pas porter le même nom que ce que vous appelez le *rhumatisme ordinaire,* pourquoi donc avez-vous consenti à lui donner le nom de *rhumatisme?* quels sont les *plusieurs points de vue sous lesquels il diffère trop du rhumatisme ordinaire* pour que vous lui refusiez le nom de *rhumatisme,* ajoutant seulement pour le caractériser qu'il s'est terminé par suppuration? Qu'entendez-vous par rhumatisme *ordinaire?* est-ce celui qui ne se termine pas par suppuration?

alors il est bien clair que le rhumatisme qui aura entraîné la *suppuration*, ne sera pas pour vous le rhumatisme *ordinaire*, et que, *sous ce point de vue*, il différera du rhumatisme ordinaire, comme en appliquant, dans le sens que nous venons de lui supposer, le mot *ordinaire* à l'érysipèle, au phlegmon, à la pneumonie qui ne suppurent pas, la pneumonie, le phlegmon, l'érysipèle terminés par suppuration différeront, sous ce point de vue, de l'érysipèle, du phlegmon, de la pneumonie dites *ordinaires*. Que si par le mot ordinaire, vous avez voulu dire autre chose que ce que nous venons de supposer, expliquez-vous du moins, car autrement toute discussion sérieuse devient impossible.

N'oubliez-pas qu'il s'agit ici de la question de savoir si le rhumatisme articulaire aigu est susceptible de la terminaison par suppuration, et que la question étant ainsi posée, quelle que soit, d'ailleurs, la *forme* de ce rhumatisme dont vous admettiez la terminaison par suppuration, vous donnez par là même gain de cause à vos antagonistes. Toutes les autres questions qui se rattachent à cette question fondamentale doivent, sans doute, être examinées ensuite, mais, quelles qu'elles soient, il n'en reste pas moins certain que votre opinion a été renversée au fond. Ces questions accessoires ou secondaires sont d'ailleurs nombreuses, et parmi elles, on peut poser les suivantes : Quel est le degré d'intensité nécessaire à la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration? Un nombre de cas de cette maladie étant donné, dans quelle proportion la terminaison dont il s'agit a-t-elle lieu? Si, *toutes choses d'ailleurs égales*, le rhumatisme articulaire *fixé* sur une seule articulation ou sur un petit nombre d'articulations, se termine plus souvent par suppuration que le rhumatisme articulaire disséminé ou éparpillé sur un très grand nombre ou la plupart des articulations, n'est-ce pas uniquement, ainsi que nous l'avons dit plus haut, parce qu'il offre, en général, un plus haut degré d'intensité que ce dernier, comme si celui-ci perdait en profondeur et en intensité ce qu'il a de plus en étendue et réciproquement? mais le degré d'intensité de la maladie restant le même, n'est-il pas certaines circonstances accidentelles, certaines

dispositions individuelles, en raison desquelles le rhumatisme articulaire se terminera par suppuration dans un cas et n'affectera pas cette terminaison dans un autre, etc., etc. (1)?

SECONDE CATÉGORIE.

Treize cas d'affection articulaire ou musculaire terminée par suppuration, etc., mais dont le caractère rhumatismal a paru plus ou moins douteux.

Les treize cas que contient cette catégorie ne présentent pas tous, au même degré, le caractère douteux qui m'a décidé à les distinguer des vingt-deux de la catégorie précédente.

Les trois premiers, consignés dans la *thèse* de M. Chomel *sur le rhumatisme*, malgré le défaut de détails qu'on y remarque, appartiennent très probablement à la catégorie des vrais rhumatismes articulaires terminés par épanchement purulent dans les cavités articulaires.

Les deux suivans (XXVI et XXVII) laissent quelque chose à

(1) Sans parler pour le moment de l'influence que peut exercer la diversité des traitemens sur cette terminaison, il est bien démontré qu'il est certaines constitutions individuelles, ou certains états pathologiques généraux, *constitutionnels*, qui favorisent singulièrement la terminaison du rhumatisme articulaire comme de toute autre phlegmasie en général par suppuration. Tel est en particulier l'*état puerpéral* dont nous avons déjà parlé précédemment, à l'occasion des observations de *rhumatisme* puerpéral consignées dans cet article. Il en est de même de cet état *constitutionnel* désigné sous le nom d'*infection* purulente, qui, souvent est un des élémens de l'*état dit puerpéral*, mais que l'on rencontre aussi dans des cas nombreux autres que ceux relatifs à ce dernier état, chez les blessés, les opérés, et dans tous les cas, en un mot, où il existe quelque grande phlébite suppurative, quelque grand foyer de suppuration, siégeant, bien entendu, autre part que dans les articulations. Il est vrai que dans les cas supposés, les articulations peuvent quelquefois contenir du pus sans qu'il ait existé un rhumatisme, et il importe de ne pas confondre ces derniers faits avec ceux relatifs à la suppuration d'origine rhumatismale. C'est une erreur qu'apprendront à éviter, j'ose l'espérer, ceux qui liront attentivement cet ouvrage.

désirer, surtout le XXVIIe. Au reste, à l'occasion de chacun d'eux, nous examinerons jusqu'à quel point on doit leur accorder ou leur refuser le titre sous lequel ils ont été publiés, et quelle est la valeur des commentaires dont ils ont été l'objet de la part de M. Chomel dans le journal où ils parurent.

Les observations XXVIIIe, XXIXe, XXXIe, cette dernière surtout, constituent bien certainement des exemples de *vrai* rhumatisme articulaire aigu terminé par suppuration. Si donc ils se trouvent dans cette seconde catégorie et non dans la première, c'est que l'auteur de ces observations, M. Moffait, les ayant rapportés dans sa thèse comme des exemples d'inflammation des membranes synoviales, et s'étant appliqué à distinguer cette phlegmasie du rhumatisme et de la goutte, il m'a paru convenable de les rapprocher de ceux insérés, trois ans plus tard, dans la thèse de M. Chomel, lequel s'est également étudié à séparer du rhumatisme les phlegmasies des membranes synoviales. Au reste, en procédant ainsi, j'ai montré aux lecteurs que, bien loin de grossir, avec une sorte de complaisance, la catégorie des cas indubitables de rhumatisme articulaire terminé par suppuration, j'aurais pu, sans m'exposer à ce reproche, l'enrichir de quelques faits de plus.

Quant aux observations XXX, XXXII, XXXIII, XXXIV et XXXV, qui complètent cette catégorie, elles m'ont paru présenter réellement une empreinte plus ou moins profonde de doute. Il se pourrait cependant que ce doute ne fût pas suffisamment fondé, du moins pour toutes, et qu'en cela j'eusse moins bien jugé que les auteurs de ces observations. C'est aux lecteurs éclairés et impartiaux qu'il appartient de faire justice en pareille matière.

OBSERVATIONS XXIII, XXIV ET XXV.

Chez un malade, qui succomba à l'hôpital de la Charité, les deux articulations scapulo-humérales avaient été affectées successivement de douleurs vives et de gonflement; chez deux autres observés à l'Hôtel-Dieu, toutes les articulations mobiles devinrent douloureuses et tuméfiées, avec impossibilité d'exécuter les mouvemens; on trouva après la mort,

chez tous ces malades, les synoviales enflammées, et des épanchemens purulens dans les cavités articulaires (1).

(1) Tels sont les trois faits que contient la thèse de M. Chomel sur le rhumatisme. L'auteur les a rapportés à l'occasion du siège du rhumatisme, là où il se demande si cette maladie peut avoir son siège dans les synoviales. Voici les réflexions de M. Chomel : « Quelles conséquences déduire de ces faits? *Que les synoviales sont susceptibles de s'enflammer, et que les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du rhumatisme.* Mais quelle connexion y a-t-il entre l'une et l'autre maladie? Nulle autre que la seule contiguïté des parties affectées ; l'inflammation simultanée ou successive de plusieurs ou de toutes les membranes synoviales, semble à la vérité rapprocher cette affection du rhumatisme, et l'éloigner des phlegmasies des membranes séreuses : mais quand on se livre aux recherches d'anatomie pathologique, ne rencontre-t-on pas plusieurs membranes enflammées à-la-fois, et notamment les deux plèvres et le péricarde? J'en ai vu même des traces manifestes dans les trois grandes cavités splanchniques. Enfin, lors même *que dans certains cas le rhumatisme se serait montré d'une manière indubitable, avant ou pendant l'affection des synoviales, je persisterais à voir entre ces deux maladies la même différence que personne ne refusera d'admettre entre une pleurodynie et une pleurésie, entre un* RHUMATISME QUELCONQUE *et l'inflammation d'un viscère qui peuvent se présenter isolément, se succéder ou co-exister dans le même malade, sans qu'il soit permis de les confondre...* Sous le double rapport de l'espèce de lésion qui les constitue et du siège qu'ils occupent, il existe une différence tranchée entre le rhumatisme et l'inflammation des membranes synoviales; *d'une part, affection des parties musculaires et fibreuses sans aucune lésion apparente; de l'autre inflammation des membranes synoviales avec rougeur de ces parties, et altération quelconque du liquide exhalé.* »

Nous aurons occasion plus tard de revenir sur la doctrine professée ici par M. Chomel. Bornons-nous à faire remarquer, quant à présent, qu'il n'est aucun observateur éclairé et libre de toute opinion préconçue, qui n'admette aujourd'hui que les synoviales sont au moins le siège principal de l'affection qui porte le nom de rhumatisme articulaire, aigu ou chronique. C'est pour avoir admis, sans preuves suffisantes, que le *siège primitif du rhumatisme était exclusivement borné au système musculaire et fibreux*, que M. Chomel est tombé dans l'erreur que nous signalons en ce moment, savoir qu'il existe une différence, je ne dis pas seulement de nature, mais de siège entre un rhumatisme articulaire bien caractérisé et une inflammation des synoviales. Au reste, pour que le lecteur ne nous accuse pas d'avoir tronqué la doctrine de M. Chomel, sur le point qui nous occupe, nous ajouterons à ce qui précède

Réflexions. — On a vu par la note ci-dessous les raisons pour lesquelles M. Chomel a refusé le nom de rhumatisme à l'affection dont il s'agit dans ces trois observations. Sans aucun égard pour ces raisons, sans même les mentionner, M. Vallerand-de-la-Fosse, dans sa dissertation inaugurale, soutenue en 1815, cite les faits de M. Chomel comme des exemples de rhumatisme articulaire. Certes, les autres faits rapportés dans cet article, ceux que nous consignerons dans d'autres parties de cet ouvrage, et la discussion à laquelle nous les soumettrons, prouvent clairement que si l'on pouvait contester aux faits de M. Chomel le *titre* de rhumatisme articulaire, ce n'est pas au moins parce que le siège du mal était dans les synoviales, et que ce mal consistait en une phlegmasie.

le passage suivant : « en bornant au système musculaire et fibreux, le *siège primitif* du rhumatisme, on ne saurait disconvenir que l'affection de ces parties ne trouble d'une manière quelconque les fonctions des organes voisins, et n'y détermine des phénomènes morbides, dont l'intensité paraît proportionnée à celle de l'affection *primitive*. Il serait bien important de pouvoir déterminer si celle-ci est de même nature que *l'affection secondaire*, et si la différence apparente qu'elles offrent l'une et l'autre, tient seulement à la diversité de structure : la nature du rhumatisme, la place qu'il doit occuper dans un cadre nosologique, ne seraient plus des problèmes. En effet, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau présentent des symptômes inflammatoires non équivoques, qui paraissent seulement recevoir de la cause qui les produit, une modification particulière qui influe sur leur marche et leur terminaison. L'analogie et quelques ouvertures de cadavres me portent à croire que l'affection peut aussi se propager vers l'intérieur, et produire lentement dans les membranes synoviales et les lames superficielles de l'os des lésions particulières. »

Ces dernières réflexions prouvent que M. Chomel n'avait qu'un pas à faire pour arriver à la vérité, savoir que le siège *primitif* du rhumatisme articulaire bien caractérisé est dans les synoviales. Ce n'est pas notre faute, on en conviendra facilement, si M. Chomel n'a pas fait ce pas, et s'il n'en a pas fait un second qui l'aurait conduit à la vérité pleine et entière, savoir : que cette maladie n'est autre chose qu'un mode particulier de l'inflammation des synoviales.

OBSERVATION XXVI (1). — Douleurs considérées comme rhumatismales dans la jambe et le genou droit, chez un sujet déjà atteint autrefois d'un rhumatisme général de longue durée. — Formation d'un abcès à la jambe et au genou ; rupture d'une ancienne cicatrice du même membre et érysipèle. — Mort. — Collection purulente dans l'articulation du genou et dans le tissu cellulaire de la jambe gauche, avec ramollissement lie-de-vin des muscles.

M***, âgé de trente ans, d'une constitution forte, musculaire, d'un tempérament sanguin et bilieux, affectait d'être insensible à toutes les intempéries de l'air, qu'il avait coutume de braver dans toutes les saisons et dans toutes les circonstances. Pendant deux ans que je l'ai connu, son vêtement d'hiver était aussi léger que celui d'été ; on ne le voyait point se couvrir de sa capote ou de son manteau, lorsque la pluie survenait pendant une marche.

Après six années de campagne, il fut blessé à Austerlitz, d'une balle qui lui fractura les deux os de la jambe droite, vers la réunion du quart supérieur avec les trois quarts inférieurs. La cicatrice, plus grande qu'une pièce de trente sous,

(1) Cette observation a été recueillie par M. Villermé, alors chirurgien-aide-major au 17e régiment de dragons, et publiée en juillet 1813, dans le *Journal de médecine* de Corvisart et Leroux, avec ce titre : *Observation sur un rhumatisme qui s'est terminé par suppuration du corps des muscles.* L'auteur a fait précéder la relation du fait des réflexions suivantes : « C'est avec raison « sans doute, que le rhumatisme a été placé dans la classe des phlegmasies, « puis qu'il offre la plupart des caractères qui sont propres aux inflammations. « Cependant il est remarquable que l'inflammation dans le tissu musculaire a « une marche, et en général une terminaison différentes de celles qui se re- « marquent dans les autres tissus. En effet, les symptômes dont il est le siège, « et en particulier, la douleur passent avec une extrême rapidité d'un endroit « dans un autre, souvent fort éloigné. Jamais ici, l'inflammation ne se ter- « mine par induration comme dans d'autres organes, et il est très rare que la « suppuration si commune dans le phlegmon, devienne la terminaison du « rhumatisme.

« Le exemples qu'on a publiés de ce mode de terminaison sont en très pe- « tit nombre, et en général peu circonstanciés. On en trouve un néanmoins « dans la *Nosographie* de M. le professeur Pinel, qui paraît assez concluant. « Celui que je vais rapporter, me semble très propre à confirmer ce point de « doctrine que plusieurs praticiens regardent encore comme fort douteux. »

était collée à la face interne du tibia, et il y avait claudication.

Deux ans après, il fut pris *de douleurs rhumatismales très fortes dont le siège était alternativement dans l'une et l'autre épaules, et qui durèrent environ quinze mois, avec les intermissions ordinaires*. Il se croyait guéri, lorsque de *semblables douleurs se manifestèrent dans les membres inférieurs, tantôt dans le droit, tantôt dans le gauche. Le malade observa qu'elles se renouvelaient plus fréquemment et avec plus d'intensité quand l'atmosphère devenait tout-à-coup froide, et plus souvent encore, après un violent exercice.*

Jamais la jambe fracturée n'avait offert d'érysipèle, ni aucun symptôme ou accident qui pût faire présumer la présence d'un corps étranger.

Le 2 mars 1812, *les douleurs se firent sentir dans la jambe droite avec une violence inaccoutumée* (depuis plusieurs jours, le temps était devenu froid et pluvieux). M*** perdit l'appétit, et n'eut presque point de sommeil pendant la nuit.

Le lendemain, les *douleurs étaient encore très vives*. Dans son impatience M*** monte un cheval extrêmement dur, et va au grand galop et sans s'arrêter à plus de trois lieues du cantonnement.

Le troisième jour, il revient également au grand galop, se plaint *de douleurs insupportables*, et prend successivement deux bains chauds à une heure d'intervalle; les douleurs diminuent beaucoup dans le premier et s'exaspèrent dans le second. Au sortir de celui-ci, la cicatrice était légèrement rouge et comme érysipélateuse. Le pouls plein et dur; *les douleurs paraissent être beaucoup plus intenses à la partie postérieure de la cuisse et de la jambe, et à l'articulation du genou. Il y avait difficulté extrême de mouvoir la jambe, et impossibilité de la fléchir entièrement; exaspération des douleurs au moindre contact, et plus encore par le moindre effort de contraction.* Tel était l'état du malade, quand je commençai à le suivre.

La nuit suivante, douleurs plus vives (*application d'un vé-*

*sicatoire à la partie inférieure externe de la cuisse; j'étais déterminé dans l'élection du lieu par le siège principal des douleurs que M*** rapportait particulièrement vers la cicatrice, le genou et au-dessus*). — Fièvre, point de sommeil; cessation des douleurs qui s'étendaient des hanches au genou, *celles du genou et de la jambe sont aussi vives*. Urine rouge, briquetée, claire.

Le quatrième jour, *un nouveau vésicatoire* au-dessus de la malléole externe fait cesser les douleurs de la jambe, mais elles s'accroissent et paraissent se concentrer *vers l'articulation du genou*, particulièrement à sa face postérieure, et à la cicatrice qui se gonfle, s'enflamme et s'environne d'un érysipèle (1).

Symptômes gastriques (*l'émétique en lavage peu étendu produit trois vomissemens de matière pultacée et plusieurs selles; lim. pour boisson*).

Le malade veut absolument qu'on lui applique *un cataplasme émollient sur l'érysipèle*. Je m'y oppose; mais voyant qu'il le fait appliquer par un autre, *je lui annonce les accidens qui peuvent en résulter, et me borne à en observer les effets*. Fièvre et insomnie pendant toute la nuit. Exaspération des douleurs qui deviennent atroces.

Le cinquième jour, érysipèle de presque toute la jambe : gonflement, tension considérable, et couleur luisante de la cicatrice. Je supprime de force le cataplasme, le malade s'impatiente, s'agite et s'inquiète extrêmement. Le soir l'érysipèle était déjà diminué, même entêtement du malade pour qu'on lui applique un cataplasme. *Même combat de ma part*, mais vainement (2 *grains d'extrait aqueux d'opium*). Le malade prend aussitôt en cachette *un grand verre de limonade* (2). Fièvre ardente pendant la nuit; pas un instant de sommeil.

(1) Qu'on ne perde pas de vue que les douleurs rhumatismales, celle du genou en particulier, ont précédé de plusieurs jours l'érysipèle dont il va être désormais question.

(2) Je recommande aux lecteurs éclairés et qui sont au courant de la science, le traitement employé dans ce cas, en tenant compte de l'époque.

Le sixième jour, la cicatrice extrêmement gonflée, tendue, luisante, bleuâtre, annonce une prochaine gangrène. Fluctuation sourde aux environs. *Mêmes combats de ma part pour qu'on n'emploie plus de cataplasmes.* Ils sont encore inutiles. Vers midi, la cicatrice et ses environs ressemblaient à une *pomme d'amour* ou *tomate bien rouge.* Ouverture d'une phlyctène roussâtre et noirâtre; au-dessous l'on voyait la cicatrice, presque de la même couleur, distendue, çà et là, par un fluide dont on sentait la fluctuation. Je pratiquai une petite incision superficielle, afin de ne pas pénétrer jusqu'au fond de l'eschare. Il sortit aussitôt en petite quantité de la sérosité roussâtre et puante, mêlée à beaucoup de bulles qui la font écumer. Dégorgement partiel et subit de la tumeur. *Le malade agit encore d'autorité pour se faire mettre un cataplasme.*

A huit heures du soir, l'eschare qui était large comme une pièce de trente sous, commence à se détacher (2 *grains d'extrait aqueux d'opium*). Deux heures d'un sommeil continu, pendant lequel la respiration est laborieuse. La fièvre, qui suit le sommeil, est légère. Douleurs assez vives.

Le septième jour, l'eschare se détache et laisse le tibia à nu (*au lieu de cataplasmes, fomentations de quinquina, animées d'eau-de-vie camphrée*).

Le genou et la partie supérieure de la jambe restent gonflés (3 *grains d'extrait gommeux d'opium*).

Une heure et demie de sommeil interrompu quatre ou cinq fois et agité. L'impatience du malade recommence.

Le huitième jour, dans la nécessité d'enlever M*** d'un village dans lequel sa vie et celle de ceux qui l'auraient soigné, étaient exposées aux plus grands dangers, on le place dans un lit porté à bras. Pendant plus de dix-huit lieues de marche, *accroissement de douleurs vers le genou;* élancemens; mauvaise humeur, agitation, soif ardente; fièvre intense. A l'arrivée, tous les environs du genou sont plus volumineux. L'agitation continue pendant quelques heures (3 *grains ext. aq. opium*).

La nuit, fièvre presque nulle; quelques instans de sommeil.

Le neuvième jour, au matin, *genou moins volumineux.* On est obligé de nouveau de transporter le malade, et il en résulte le même inconvénient que la veille. La fatigue est même plus grande; continuation de la fièvre; pas de sommeil (les vésicatoires se sèchent).

Les dixième, onzième et douzième jours, les bords de l'ulcère se compliquent de gangrène humide; douleurs atroces au moindre mouvement; langue légèrement fuligineuse; diminution très grande des forces; délire continuel et tranquille. Ce qui restait de la cicatrice se détruit; *le gonflement se concentre vers le genou.* La fièvre est continue-rémittente; *les douleurs toujours de même intensité.* Le malade avoue que depuis onze ans, il était porteur d'un cautère au bras, dont il avait laissé tarir la suppuration, il y a quelque temps, faute de soins (*camphre en pilules, premier jour, 3 gr.; dernier jour, 6 gr.; eau vineuse pour boisson, et petite quantité de vin généreux pur, très peu de bouillon; foment. de quinquina fortement chargées et rendues spiritueuses*).

Les treizième et quatorzième jours, suppuration toujours putride fort abondante (*pansement à sec avec le quinquina, et le camphre pulv.*).

Fluctuation à la partie externe du mollet; incision du foyer, sortie de beaucoup de pus légèrement putride qui devient de bonne nature les jours suivans; plusieurs petites ouvertures spontanées au côté externe du ligament inférieur de la rotule; suppuration de bonne nature et peu abondante.

Les quinzième et seizième jours, la plaie primitive prend un aspect un peu meilleur, mais la suppuration devient extrêmement abondante, et semblable pour la couleur et la consistance à de la lie de vin. La fièvre prend le type intermittent, accès vers le soir; plusieurs horripilations dans la journée (1); diminution des douleurs; sommeil interrompu à chaque moment. Etat presque continuel d'assoupissement. Quelques instans de délire tranquille.

(1) L'auteur paraît ici confondre avec une véritable fièvre intermittente, la fièvre mêlée de frissons qui accompagne certaines suppurations (résorptions purulentes des auteurs modernes).

Les dix-septième, dix-huitième et dix-neuvième jours, diminution très grande des douleurs; meilleur aspect de la plaie, mais sortie continuelle par la plus ancienne, à l'aide d'un décollement qui s'est fait à son côté gauche, d'une suppuration semblable à de la lie de vin, qui pénètre tout l'appareil, et sort en quantité d'un verre, à chaque pansement. En pressant le mollet, on la fait sortir à très gros jets (3 *pansemens par jour*).

Les jours suivans, le dégorgement de la partie est très sensible, les douleurs sont moindres; les phénomènes inflammatoires sont moins marqués; les intermissions de la fièvre sont moins longues; le délire moins fréquent. Dans les intervalles lucides, le malade jouit de toute la plénitude de ses facultés intellectuelles; maigreur, faiblesse très grande; la surface, dénudée du tibia, devient jaunâtre, noirâtre et inégale (*foment. aromat. spiritueuses; eau vineuse pour boisson; vin généreux et pur; plusieurs petits bouillons*).

Les vingtième et vingt-deuxième jours, suppuration aussi abondante et de même nature; prostration des forces; le délire devient continuel; les accès de fièvre se rapprochent; des horripilations les précèdent, et le délire devient à-peu-près continuel; selles fréquentes.

Le vingt-troisième jour, suppuration diminuée; plaie primitive plus blafarde que jamais. Le soir et pendant l'accès qui est plus fort que de coutume, pouls intermittent; soubresauts des tendons.

Les vingt-quatrième et vingt-cinquième jours, accroissement des mêmes symptômes; dyspnée, respiration difficile, stertoreuse; langue fuligineuse; prostration extrême, face cadavérique, état soporeux duquel on ne tire le malade qu'en lui donnant souvent à boire très peu de vin pur. Bouche constamment entr'ouverte; intermittence du pouls et soubresauts plus fréquens, surtout pendant les accès durant lesquels on sent les soubresauts dans tous les membres; des soubresauts se remarquent même dans l'artère radiale (1). Dans l'après-

(1) On peut voir ici les avantages qu'on prétendait alors retirer de la méthode existante et tonique employée en pareil cas.

midi du vingt-cinquième jour, convulsion de la houppe du menton et mort à sept heures, au moment où commençaient les horripilations.

Autopsie cadavérique. Le tissu cellulaire de dessous la peau seulement infiltré, en beaucoup d'endroits du genou, même à ceux qui étaient le siège de l'érysipèle phlegmoneux; intact à la cuisse et à la jambe, excepté aux bords des ouvertures qui s'étaient faites.

Le corps des muscles de la face postérieure des membres réduit en une pulpe ou bouillie d'une odeur particulière et semblable, pour la consistance et la couleur, à de la lie de vin; ils s'écrasaient et se liquéfiaient sous les doigts, et étaient en très grande partie disparus par l'excessive suppuration dont ils avaient fourni la matière. Le doigt, promené autour de l'extrémité inférieure du fémur, faisait connaître que les fibres des vastes externe et interne participaient d'autant plus à cette désorganisation qu'elles étaient plus antérieures. Celles du droit antérieur avaient conservé leur intégrité; les muscles, soit de la cuisse, soit de la jambe, qui, dans le voisinage du genou, étaient intérieurement détruits ou désorganisés, n'offraient aucune altération de texture. *On voyait la désorganisation diminuer à mesure que l'on examinait les muscles dans un lieu plus éloigné de l'articulation.*

Les fibres tendineuses et aponévrotiques étaient dans leur état ordinaire; néanmoins, la plupart me parurent un peu moins brillantes. *Le liquide de la suppuration des muscles avait pénétré dans l'articulation* (1).

(1) Cette assertion manque de preuve, et il est même très probable que le pus de l'articulation s'y était formé immédiatement; mais l'auteur était sous l'empire de l'idée qu'il s'agissait d'un *rhumatisme musculaire.* Au reste, on voit encore ici comment les observations étaient alors recueillies et rédigées, comment les ouvertures étaient pratiquées (il n'est ici question de l'examen d'aucun des organes intérieurs ni des veines du membre, etc.), et comment les maladies étaient traitées.

Ces réflexions sont dégagées, il n'est pas besoin de le dire, de tout esprit d'hostilité personnelle; mais elle me paraissent utiles pour faire ressortir les immenses progrès que la médecine a faits depuis vingt à vingt-cinq ans.

OBSERVATION XXVII (1). — Douleurs dans les muscles du cou à la suite d'un travail forcé et de sueurs. — Mort. — Abcès contenant une demi-pinte de pus verdâtre, très épais, sous les tégumens et sous les muscles du côté droit du cou, avec compression de la trachée-artère et infiltration de la matière purulente vers le sommet du poumon adhérent à la plèvre.

Un cultivateur, âgé de quarante-huit ans, d'une constitution cachectique, habitant un pays extrêmement humide et malsain, *fit un travail forcé pendant toute la journée du* 5 *novembre dernier. Rentré chez lui tout en sueur, il fut bientôt saisi d'un frisson avec une douleur assez aiguë à la partie droite du cou.* Il se mit au lit et la fièvre survint avec une courbature générale; *douleurs dans toutes les articulations* et céphalalgie violente.

Les jours suivans, la fièvre continua, et le malade se contenta de se tenir chaudement et de boire une infusion de fleurs de sureau.

Le sixième jour, il se fit transporter à l'hôpital où il présenta un état d'orgasme assez considérable, provenant sans doute de la *route qu'il avait faite sur une charrette découverte, par un temps brumeux et pluvieux.* Après quelques heures de repos, le malade fut visité. La fièvre, d'après sa narration, paraissait avoir le type d'une continue rémittente. Il accusait une *douleur assez forte aux muscles du côté droit du cou, qui présentait même un gonflement remarquable, mais sans rougeur* ni pulsations. Il y avait un peu de toux et une légère douleur consensuelle dans la poitrine, comme dans les affections catarrhales. Le pouls serré, tendu, était extrêmement vite; la peau sèche et brûlante; la langue aride; la soif modérée; le mal de tête continuait avec violence et intensité (*saignée* 10 *onces; infusion de fleurs de mauve, aiguisée de tartre émétique,* 4 *grains*).

Le septième jour, fièvre modérée, pouls contracté; la nuit a été assez inquiète; les urines sédimenteuses et peu abondantes; *les douleurs subsistent* (*saignée,* 10 *onces;* 4 *livres*

(1) Cette observation, recueillie par M. Ozanam, a été publiée, en février 1814, dans le *Journal de médecine* de Corvisart, Leroux, etc., sous ce titre : *Rhumatisme musculaire aigu terminé par suppuration et la mort.*

de décoction ordinaire avec ℥ß *acétate d'ammoniaque; oxymel,* 2 *onces*).

Le huitième jour, la fièvre, qui a duré une partie de la nuit, s'est ralentie; la peau est toujours aride; le pouls est lent, mais inégal; *les douleurs n'ont pas diminué* (*boisson de sureau émétisée;* 30 *sangsues au côté droit du cou; cataplasme émollient*).

Le neuvième jour, hier soir, exacerbation fébrile très marquée; nuit en partie tranquille; *les douleurs paraissent diminuées;* le pouls est dur et *cordé* (*saignée,* 12 *onces; même boisson*).

Le dixième jour, la fièvre n'a repris son exacerbation que dans la nuit, mais avec moins de force et de durée; les urines sont rares et briquetées; aucune évacuation alvine depuis trois jours; pouls toujours tendu et serré (℥ jß *sulfate de soude dans* ℔jj *de décoction amère; saignée ordinaire*).

Le onzième jour, même état que la veille (*mêmes prescriptions*).

Le douzième jour, il y a eu peu de fièvre dans la nuit, qui a été tranquille; le malade a eu quelques selles; les douleurs de poitrine et la toux ont presque disparu; la douleur du cou a diminué; pouls toujours dur (*saignée ordinaire; décoction de tamarin; tartre stibié,* 2 *grains*).

Le treizième jour, stationnaire (*mêmes prescriptions*).

Le quatorzième jour, la fièvre, qui a commencé dans la nuit, dure encore avec un pouls plus large, mais toujours dur et *vibré;* la peau est toujours sèche; aucune sueur; *quelques douleurs articulaires erratiques* (*autre saignée; décoction de tamarin émétisée*).

Le quinzième jour, hier au soir, l'exacerbation fébrile a été précédée d'un frisson assez intense, suivi d'une chaleur mordicante. Ce matin, le malade éprouve une gêne sensible dans la respiration avec un sentiment de strangulation ou de compression à la gorge; *le gonflement existe toujours au cou,* et les phénomènes fébriles d'hier soir, joints aux derniers symptômes qui viennent de se déclarer, font craindre l'*abscession* des muscles internes du cou. On continue les applications de cataplasmes émolliens. Le pouls est plus serré et

tendu (*saignée* ℥ XIV; *décoction de tamarin; sulfate de soude* ℥ jß).

Le seizième jour, rémission marquée de la fièvre. Respiration très gênée; aphonie incomplète; la gorge ne présente aucune altération; les amygdales, le voile du palais et l'arrière-bouche sont dans un état naturel, ce qui confirme les symptômes d'une suppuration interne; le cou est immobile; le visage pâle; le pouls dur et déprimé (*On tenterait l'application du caustique sur le lieu de la douleur; mais les effets en seraient trop lents pour pénétrer jusqu'au foyer de la tumeur présumée; il serait dangereux d'y plonger le fer; on applique un large vésicatoire pour tenter une dérivation*).

Le soir, l'exacerbation fébrile est forte (*le médecin, à l'instant, prescrit une saignée*).

Le dix-septième jour, aucune amélioration, si ce n'est un peu moins de gêne dans la respiration; mais le malade a une petite toux sèche et fréquente (*mêmes prescriptions*).

Le dix-huitième jour, au matin, la fièvre continue; le pouls est petit, fréquent et serré; respiration stertoreuse (*kermès minéral; vésicatoire aux deux bras*).

Aphonie complète et mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique.— L'ouverture du cadavre a confirmé notre induction. *Le premier coup de scalpel a découvert un vaste abcès sous les tégumens et sous les muscles du côté droit du cou, d'où il est sorti une demi-pinte d'un pus verdâtre très épais.* Cet abcès comprimait la trachée-artère dans l'étendue de plus de deux pouces et demi; et, après avoir embrassé une partie de la glande thyroïde, il avait poussé sous la clavicule un sinus qui pénétrait dans la cavité droite de la poitrine, où le poumon adhérait à la plèvre et était *irroré* sur sa superficie de la matière purulente de l'abcès.

Les viscères étaient dans leur état naturel (1).

(1) Voici les réflexions de l'auteur : « Je vous ai donné l'histoire de ce cas qui est le second de la même espèce que je vois depuis peu de temps, parce que plusieurs illustres praticiens ont prétendu que le *rhumatisme musculaire*

Réflexions d'un des collaborateurs du journal dans lequel les deux précédentes observations ont été insérées. — Ces réflexions, que nous allons rapporter ici textuellement, sont signées des initiales A. F. C., qui sont celles de M. Chomel. Elles sont, d'ailleurs, parfaitement conformes aux opinions bien connues de cet auteur. Nous avons cru devoir consacrer quelques notes à la discussion de ces réflexions.

« Une autre observation de rhumatisme, terminé par sup-« puration, a été publiée dans ce journal, il y a quelque « temps, par M. Villermé. Celle de M. Ozanam est également « bien détaillée, et toutes deux offrent beaucoup d'intérêt. « Nous les avons lues et méditées avec d'autant plus d'atten-« tion, que les deux seules observations citées dans plusieurs « ouvrages comme des exemples de rhumatismes terminés « par suppuration, ne nous avaient pas paru satisfaisans, et « que, sans nier que le rhumatisme pût se terminer de cette « manière, nous avions cru pouvoir conclure qu'aucun fait « publié jusqu'à cette époque ne démontrait que cette affec-« tion se fût jugée par la suppuration des muscles.

« Voyons si ces deux derniers faits pourront résoudre la « question.

« Le *sujet* de l'observation de M. Villermé, est un militaire

passait rarement à la suppuration. J'ai quelques autres observations qui, jointes à celles-ci, me donnent une opinion différente à cet égard.

Je suis persuadé que si on eût pu avoir quelques indices plus certains dans le cas que je viens de rapporter, de la formation de l'abcès, et qu'on eût appliqué promptement le cautère potentiel sur la tumeur, on aurait attiré au dehors la sortie du pus qui, en pénétrant dans la poitrine, a causé la mort du malade. »

Ces dernières réflexions paraîtront bien étranges à ceux qui connaissent parfaitement la nouvelle méthode qu'on oppose aux cas analogues à celui dont il vient d'être question. Si les neuf émissions sanguines pratiquées du sixième au dix-huitième jour, l'eussent été dans l'espace de trois à quatre jours, l'expérience *la plus répétée* me porte à croire que la maladie eût été assez facilement enlevée. Il est même vraisemblable que, par la nouvelle formule, on aurait guéri le malade en lui tirant une moins grande quantité de sang qu'on ne l'a fait par l'ancienne pratique, sans empêcher la terminaison mortelle.

« accoutumé à braver les intempéries atmosphériques et *su-*
« *jet,* depuis plus d'une année, à des douleurs rhumatis-
« males vagues et passagères, qui tout-à-coup se firent sentir
« dans la jambe droite, avec une violence inaccoutumée;
« inappétence, insomnie. Le troisième jour, il commença à
« se manifester, sur une cicatrice que le malade portait à la
« jambe affectée, une rougeur érysipélateuse. Les douleurs
« étaient insupportables; la pression extérieure et le moindre
« effort de contraction les exaspéraient encore. Le quatrième
« jour, les douleurs devinrent plus intenses et parurent *se*
« *concentrer sur l'articulation du genou*, particulièrement
« à sa face postérieure, et à la cicatrice qui se gonfla et s'en-
« vironna d'un érysipèle. Les douleurs devinrent atroces. Le
« cinquième jour, érysipèle de presque toute la jambe; gon-
« flement; tension; couleur bleuâtre de la cicatrice. Les jours
« suivans, les symptômes locaux et généraux s'aggravèrent,
« les symptômes adynamiques parurent. Un affaiblissement
« graduel conduisit le malade à la mort, qui eut lieu le 25e
« jour. A l'ouverture du corps, on trouva le tissu cellulaire
« sous-cutané, de la jambe seulement, infiltré, intact ail-
« leurs, excepté au bord des ouvertures qui s'étaient faites.
« Les muscles de la face postérieure du membre, réduits en
« une sorte de bouillie semblable à de la lie de vin, avaient
« en grande partie disparu. On a remarqué que *la désorga-*
« *nisation diminuait à mesure que l'on examinait le muscle*
« *dans un lieu plus éloigné de l'articulation. Le liquide*
« *de la suppuration des muscles avait pénétré dans l'arti-*
« *culation.*

« Quelle était, d'après l'inspection des symptômes et les
« désordres observés à l'ouverture du corps, l'affection à la-
« quelle a succombé le malade? Pendant la vie, il a offert les
« symptômes d'un rhumatisme, d'un érysipèle gangréneux,
« d'un phlegmon profondément situé, *d'une inflammation*
« *de la membrane synoviale du genou.* Il est cependant peu
« probable que tant d'affections diverses se soient simulta-
« nément développées chez le même homme. Après la mort,
« on a trouvé *des traces plus ou moins évidentes d'inflam-*
« *mation dans la membrane articulaire et dans les parties*

« *molles qui recouvrent en arrière l'articulation du genou.*

« Il serait bon de savoir, avant tout, si le pus s'est formé « d'abord dans l'articulation ou hors de cette articulation. Il « est à regretter qu'en indiquant la présence du pus dans « cette cavité, l'auteur n'ait pas parlé de l'état de la mem- « brane. Il est presque sans exemple de voir le pus pénétrer « d'une articulation dans son intérieur. Rien n'est plus fré- « quent, au contraire, que de voir le pus se frayer un pas- « sage dans les espaces intermusculaires à la suite des « hydropisies articulaires ou épanchement de liquide dans les « articulations, en sorte que, si l'on ne considérait ici que « la fréquence de l'une et de l'autre maladies, on serait bien « plus porté à admettre la seconde conjecture que la pre- « mière. On serait encore confirmé dans cette opinion, par « ce qui s'est passé à dater du quatrième jour : *les douleurs* « *semblaient se concentrer vers l'articulation du genou :* « et par ce que l'on observe après la mort : *la désorganisa-* « *tion diminuait à mesure que l'on examinait le muscle* « *dans un lieu plus éloigné de l'articulation.* Mais l'auteur « n'ayant pas parlé de l'état de la membrane synoviale, cette « conjecture est très hasardée (1).

« Supposons maintenant que la première suppuration ait « eu lieu hors de l'articulation, il s'agira de savoir si l'inflam- « mation qui l'a précédée a eu son siège primitif dans le tissu « cellulaire profondément situé qui entoure les vaisseaux et les « nerfs poplités, ou si elle s'est manifestée à-la-fois dans six « ou huit portions charnues de muscles distincts et isolés les « uns des autres. Etait-ce un phlegmon ou un rhumatisme? « Dans l'une et l'autre affection, la douleur devait être exas- « pérée par la pression extérieure et par le mouvement. Le « malade, à la vérité, avait eu déjà des rhumatismes, mais « la douleur, quand elle commença à se faire sentir dans la « jambe droite, était différente de ce qu'elle avait été précé- « demment. Elle avait une violence inaccoutumée. Bientôt il

(1) Par une note précédente, on a pu voir que notre opinion sur le point en question, était conforme en *partie*, à celle de l'auteur des réflexions que nous reproduisons ici.

« s'y joignit une rougeur érysipélateuse, phénomène que le rhu-
« matisme présente quelquefois, mais seulement au niveau
« des articulations, et non pas dans la continuité des mem-
« bres, tandis que le phlegmon l'offre presque toujours quel
« que soit le lieu qu'il occupe (1). La maladie fit des progrès,
« se jugea par suppuration, terminaison qui peut-être n'a ja-
« mais été observée dans le rhumatisme et doit être au moins
« infiniment rare dans cette affection, tandis qu'elle est plus
« fréquente qu'en aucune autre dans le phlegmon (2). Ainsi
« nous voyons d'une part une série de phénomènes très ex-
« traordinaires attribuées à une cause qui peut-être n'en a
« jamais produit de pareils (3), et d'autre part une suite de
« symptômes très faciles à concevoir en les considérant
« comme effets d'une affection qui chaque jour en produit de
« semblables. Supposons, en effet, que l'affection primitive ait
« été une phlegmasie du tissu cellulaire du jarret ; elle se sera

(1) Ici, comme dans sa *Dissertation inaugurale*, et plus tard dans ses *Leçons sur le rhumatisme*, M. Chomel admet en principe ce qui est en question, savoir : que le rhumatisme a son siège uniquement *dans les tissus musculaires et fibreux*. Or, les progrès de la science ont démontré que le tissu cellulaire et les membranes séreuses auxquelles nous rattachons les synoviales, étaient, bien plus spécialement que les tissus musculaires et fibreux, le siège du *rhumatisme*. S'il en est ainsi, resterait maintenant à savoir si le rhumatisme du tissu cellulaire n'est pas une espèce particulière de phlegmon, susceptible de se terminer par suppuration, comme le phlegmon d'origine non rhumatismale. Or, c'est là une question que M. Chomel n'a pas songé à discuter.

(2) On voit qu'ici M. Chomel fait du rhumatisme et du phlegmon, deux maladies *essentiellement* différentes. Mais, je le répète, il fallait, avant tout, démontrer que le tissu cellulaire ne peut pas être le siège d'un phlegmon *rhumatismal*, comme les membranes synoviales et séreuses sont le siège de phlegmasies rhumatismales qui peuvent se terminer par un épanchement purulent.

(3) Ces phénomènes ne paraissent extraordinaires à M. Chomel, qu'en raison de sa doctrine *préconçue* sur le siège et la nature du rhumatisme. En effet, en admettant, comme nous le démontrerons dans cet ouvrage, que le rhumatisme aigu fébrile (fièvre rhumatismale), est en quelque sorte le type des maladies inflammatoires, et qu'il peut affecter les tissus cellulaire et séreux que l'on trouve dans presque tous les organes, tantôt isolément, tantôt simultanément, il n'y a plus rien d'extraordinaire dans les phénomènes signalés ici.

« propagée d'une part dans le tissu cellulaire qui entoure les « muscles voisins, d'autre part dans celui qui s'étend sous la « peau. Elle aura diminué d'intensité, comme on l'observe « ordinairement, en s'éloignant de son centre ; le tissu cellu- « laire sous-cutané aura été moins affecté que l'autre, et l'in- « flammation n'y aura pas été exaspérée par la compression « des muscles. Elle se sera terminée par résolution, tandis « que toutes les causes se seront réunies pour qu'il n'en fût « pas de même dans les parties profondes. Ici la suppuration « et peut-être la gangrène auront eu lieu, les muscles isolés « auront baigné dans le pus ou dans un ichor putride, et « leur substance aura pu être altérée ou détruite, comme on « l'a observé à l'ouverture du corps, sans que l'affection rhu- « matismale fût la cause de cette lésion (1).

« Les réflexions que nous a suggérées l'observation de « M. Villermé, s'adaptent naturellement à l'observation de « M. Ozanam qui est bien moins favorable que la première à « la suppuration des muscles, considérée comme terminaison « du rhumatisme. Il paraîtrait même que l'auteur a voulu dire « seulement que le rhumatisme se termine par la suppuration « du tissu cellulaire voisin, et non des muscles, puisqu'il se « contente de dire : *que le scalpel a découvert un vaste abcès « sous les tégumens et les muscles du cou.*

« Ainsi, des deux observations, l'une, celle de M. Oza- « nam, ne peut être rapportée à l'objet qui nous occupe, « puisque si la maladie qu'il a décrite est un rhumatisme, ce « rhumatisme ne s'est pas terminé par la suppuration des mus- « cles (2). La nature de l'affection à laquelle a succombé le

(1) Les choses peuvent s'être passées ainsi, en admettant que l'inflammation du tissu cellulaire et de la synoviale fussent d'*origine rhumatismale*.

(2) On le voit, M. Chomel raisonne toujours dans la *supposition* que les muscles eux-mêmes sont le siége exclusif de la maladie qu'on avait appelée *rhumatisme musculaire*. Mais s'il est bien établi que cette maladie affecte plus spécialement le tissu cellulaire qui enveloppe les muscles et les faisceaux dont ils sont composés, cette logique porte entièrement à faux, et l'objection ci-dessus tombe d'elle-même. La seule chose qu'il importait de déterminer dans ce cas, comme dans tant d'autres, c'était la cause véritable sous l'influence de laquelle avait apparu la phlegmasie qui s'est terminée par suppuration.

« malade de M. Villermé n'est pas démontrée d'une manière « certaine ; cette maladie a beaucoup des caractères du *rhu-* « *matisme,* du *phlegmon,* de l'*inflammation des membranes* « *synoviales ;* on peut à l'aide de conjectures être plus porté « à admettre l'une ou l'autre, ou même deux de ces affections « à-la-fois (1). Mais nous pensons que quelque opinion que « l'on adopte, on ne devra la considérer que comme plus ou « moins probable et non comme prouvée. Nous ne prétendons « pas qu'on ne puisse regarder cette affection comme rhuma- « tismale, nous disons seulement qu'il n'est pas certain qu'elle « appartienne à ce genre et que toute conséquence basée sur « un fait aussi obscur serait fort suspecte (2).

« Nous conclurons donc de tout ceci :

« 1° Qu'il n'est pas certain jusqu'ici que le rhumatisme « musculaire se soit terminé par suppuration, puisque *aucun* « *fait* observé *ne le démontre ;* 2° qu'il est au moins fort dou- « teux que le rhumatisme soit de nature à produire la suppu- « ration des muscles (3). »

OBSERVATION XXVIII (4).—Douleurs vives, récidivées, dans les genoux avec gonflement et épanchement. — Mort. — Synoviale du genou droit distendue jusqu'à trois pouces au moins au-dessus de la rotule, presque détruite sur les côtés de la poulie articulaire du fémur dont la surface est rouge et très inégale; au-dessus de cette même poulie, la synoviale offre une épaisseur de deux ou trois lignes; cartilages en partie détruits; synovie d'une couleur jaunâtre, ayant plus de consistance que dans l'état de santé. — Mêmes altérations, mais à un moindre degré dans l'articulation du genou gauche.—Ligamens intacts.

« Une femme âgée de quatre-vingts ans, d'une faible consti-

(1) L'auteur continue à discuter dans l'hypothèse que le *rhumatisme* diffère essentiellement de l'inflammation du tissu cellulaire et des membranes synoviales, tandis que le rhumatisme bien caractérisé et intense, constitue évidemment, au contraire, une des plus importantes espèces de cette inflammation.

(2) En plaçant l'observation de M. Villermé parmi les cas douteux, nous avons, jusqu'à un certain point et pour d'autres motifs, partagé la réserve dans laquelle s'est renfermé ici M. Chomel.

(3) Les faits que nous avons précédemment rapportés, et la discussion ci-dessus, ne permettent plus d'adopter *l'esprit* de cette double conclusion.

(4) Cette observation et les quatre suivantes, sont extraites de la thèse de

tution, éprouve, dans le courant d'octobre 1806, une faiblesse extrême dans les jambes, accompagnée *de vives douleurs dans la région du dos et dans les genoux; peu de temps après, gonflement considérable de ces deux articulations, surtout de la droite;* la malade entre à l'Hôtel-Dieu le 10, et en sort, à-peu-près guérie, le 27. De retour chez elle, elle se livre à ses exercices accoutumés; *les douleurs articulaires se réveillent; un gonflement extrême s'empare des genoux, et surtout du droit. Les douleurs persistent pendant le repos, et augmentent beaucoup par le mouvement des extrémités inférieures.* Les digestions s'altèrent, des accès fébriles se manifestent pendant la nuit, et la malade, étant alors privée de tout repos, est obligée de rentrer à l'Hôtel-Dieu, un mois après en être sortie.

M. Moffait, *sur les phlegmasies des membranes synoviales des articulations*, soutenue en 1810.

Cette thèse ne méritait pas l'oubli dans lequel elle est tombée, et aurait dû être au moins citée par tous ceux, qui, depuis sa publication, ont fait paraître des recherches sur le rhumatisme. Nous aurons occasion de revenir ailleurs sur le travail de M. Moffait. Mais nous devons, dès à présent, avertir le lecteur que cet auteur, loin de considérer le rhumatisme articulaire comme une phlegmasie des membranes synoviales, s'efforce, bien vainement, il est vrai, de distinguer cette phlegmasie du rhumatisme et de la goutte; tant il est vrai qu'il est des temps marqués pour l'avènement de certaines découvertes, et que jusqu'à ce que ces temps soient arrivés, les faits en apparence et en réalité les plus propres à les démontrer, restent cependant impuissans, ou sont même pour ainsi dire retournés contre elles! A l'époque où M. Moffait soutint sa thèse, il était passé en principe que le rhumatisme articulaire occupait le tissu fibreux des articulations. Or, cela étant reçu comme un article de foi médicale, il était tout simple et tout naturel de ne pas confondre les phlegmasies des membranes synoviales, d'origine non traumatique, avec un rhumatisme articulaire, c'est-à-dire fibreux. Il fallait commencer par examiner le principe admis et le réfuter. Mais, je le répète, *les temps n'étaient pas encore venus.* Circonstance assez digne de remarque: parmi les observations de M. Moffait, il en est une qui se trouve aussi dans la *Médecine clinique de Pinel.* Eh bien! M. Pinel, qui avait fait du rhumatisme articulaire une phlegmasie du tissu fibreux, rapporte néanmoins cette observation de suppuration d'une synoviale comme un exemple de rhumatisme!

« Outre les symptômes indiqués, on reconnut par le toucher, *que le gonflement des articulations tibio-fémorales était dû à l'accumulation d'un liquide dans la cavité articulaire* (*Vésicat. sur les genoux*).

« Ces moyens ont été suivis de la solution graduée et insensible du gonflement, et dans l'espace de quinze jours les genoux étaient à-peu-près dans leur état naturel. Cependant, les douleurs ont encore persisté pendant quelque temps, et toujours le mouvement les rendait insupportables. Les accidens se sont enfin dissipés; mais la faiblesse était extrême, les digestions difficiles et l'insomnie presque constante.

« Cette femme étant tombée de son lit, se fit une blessure à la tête. Une douleur se développa dans l'épaule droite, et peu-à-peu, la main du même côté perdit le mouvement. Il se rétablit au bout de quelques jours; mais ensuite, une eschare gangréneuse se manifesta sur la face dorsale de la main. Ses progrès furent assez rapides. En même temps, le bras gauche et la langue se paralysèrent, et la mort survint.

« *Autopsie.* La substance corticale du cerveau était ramollie et recouverte d'un liquide abondant. Les ventricules contenaient une grande quantité de sérosité.

« L'estomac et les intestins offraient les traces d'une inflammation légère; mais des ulcérations se voyaient çà et là dans les gros intestins.

« *La synoviale du genou droit, distendue de bas en haut, présentait une poche allongée jusqu'à trois pouces au moins au-dessus de la rotule. Elle était presque détruite sur les côtés de la poulie articulaire du fémur; cet os présentait une surface rouge et très inégale. Au-dessus de cette même poulie, la membrane synoviale avait une épaisseur de deux ou trois lignes. Les cartilages de la rotule et de la poulie étaient en partie détruits. La synovie, peu abondante, d'une couleur jaunâtre, avait plus de consistance que dans l'état de santé* (1). *Mêmes altérations,*

(1) L'auteur n'indique pas ici la nature purulente de l'épanchement, bien qu'il ait rapporté ce fait comme un exemple de *suppuration rhumatismale* des synoviales. Au reste, la synoviale était évidemment enflammée. Il est

mais portées à un moindre degré, dans l'articulation gauche. Les ligamens des articulations malades étaient restés intacts. »

Réflexions. — Il me semble que l'affection des genoux, chez cette femme, a présenté des caractères qui n'appartiennent réellement qu'au rhumatisme articulaire. La récidive éprouvée par la malade, quelque temps après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, est elle-même une preuve de plus en faveur de ce diagnostic.

Quant aux accidens ultérieurs, survenus à la suite d'une chute dans laquelle la tête fut blessée, ils sont étrangers à la maladie primitive, et ce n'est réellement qu'à celle-ci qu'on doit attribuer les diverses altérations d'origine inflammatoire rencontrées dans les articulations fémoro-tibiales, entre autres, l'épanchement d'une certaine quantité de synovie plus consistante qu'à l'état normal, et l'épaississement considérable de la synoviale.

OBSERVATION XXIX. — Douleurs rhumatismales dans plusieurs articulations pendant environ un mois. — Mort. — Presque toutes les synoviales phlogosées avec des épanchemens purulens dans les articulations des genoux, des malléoles, des coudes et des épaules.

« Un jeune homme de quinze à seize ans, mort après avoir souffert des *douleurs rhumatismales dans plusieurs articulations* pendant environ un mois, a présenté, à l'ouverture du corps, *presque toutes les synoviales phlogosées, avec des épanchemens purulens dans les articulations des genoux, des malléoles, des coudes et des épaules,* le tout sans carie proprement dite (M. Récamier). »

Réflexions. — Dans ce cas d'inflammation suppurative des membranes synoviales, emprunté par M. Moffait à M. Récamier, il est dit expressément que le jeune malade avait, pendant un mois environ, souffert des douleurs RHUMATISMALES dans plusieurs articulations. N'est-il pas évident que, dans ce cas, on ne saurait faire de la phlegmasie des syno-

difficile de concilier ce que dit ici l'auteur du peu d'abondance du liquide épanché avec la distension de la capsule articulaire.

viales une maladie différente du rhumatisme articulaire lui-même, et n'est-il pas étonnant que ce rapprochement ait échappé à M. Moffait?

OBSERVATION XXX. — État puerpéral. — Douleur assez vive dans l'épaule droite avec gonflement. — Phénomènes adynamiques ou typhoïdes. — Mort. — Une once de pus louable dans l'articulation malade avec destruction incomplète de la synoviale; capsule fibreuse intacte. — Infiltration d'une petite quantité de pus dans le tissu cellulaire voisin de la coulisse bicipitale de l'humérus, avec intégrité du tendon de la longue portion du biceps.

« Une femme d'environ trente ans, d'un tempérament lymphatique et nerveux, accoucha heureusement le 9 décembre 1808.

« Le 10, suppression des lochies, abdomen douloureux, gonflé; invasion d'une fièvre assez intense. Nul changement avantageux dans cet état jusqu'au cinquième jour, époque à laquelle une *douleur assez vive se développa dans l'articulation de l'épaule droite.*

« Le septième jour de la maladie, cette femme étant entrée à l'Hôtel-Dieu, avait la face décolorée et grippée, la langue sèche, soif vive; abdomen un peu tendu et douloureux, dévoiement, pouls tendu, petit et fréquent; peau sèche. L'*épaule droite, très douloureuse, offrait un léger gonflement sans rougeur; enfin la douleur augmentait par les mouvemens du bras* et surtout par l'action de pousser la tête de l'humérus vers la cavité glénoïde du scapulum (*sangsues à la vulve; fomentation abdominale; cataplasmes émolliens à l'articulation douloureuse*).

« Même intensité des accidens jusqu'au dixième jour; douleur de l'épaule, plus vive dans le paroxysme du soir, qui se prolongeait une grande partie de la nuit.

« Les onzième et douzième jours, grande prostration; langue sèche, recouverte d'un enduit brunâtre; ventre affaissé; dévoiement; retour des frissons à la région lombaire; pouls faible, fréquent; peau chaude, moite; disparition de la douleur dans l'articulation scapulo-humérale: les mouvemens de l'articulation peuvent cependant encore la rappeler (*vin de qqna., potions toniques*). Insuccès de ces moyens, affaiblissement progressif, et enfin la mort.

« *Autopsie.* L'abdomen contenait un peu de sérosité roussâtre, les circonvolutions des intestins offraient de légères adhérences et quelques traces d'inflammation.

« *La synoviale de l'articulation scapulo-humérale, incomplétement détruite, contenait une once de pus louable. Une moindre quantité s'était infiltrée dans le tissu cellulaire voisin de la coulisse bicipitale de l'humérus. La capsule fibreuse était intacte, ainsi que le tendon de la longue portion du biceps.* »

Réflexions. — Il s'agit ici, si je ne me trompe, d'un cas analogue à ceux que nous avons rapportés plus haut sous le titre de *rhumatisme puerpéral,* proposé par M. le professeur Cruveilhier. Je dis, si je ne me trompe, car il serait rigoureusement possible que la phlegmasie suppurative de la synoviale de l'épaule droite fût la suite d'une cause non rhumatismale. Il n'est rien dit de l'état de l'utérus, de l'état de ses veines et de celles des autres parties du corps, et rien ne prouve que l'examen en ait été fait, à une époque où l'on ignorait encore quelle est la part que prennent les inflammations veineuses dans les maladies fébriles qui surviennent chez les femmes en couche. On ne parle que de quelques traces d'inflammation et de légères adhérences des circonvolutions intestinales avec un peu de sérosité roussâtre dans l'abdomen.

Certainement, si la science ne possédait pas d'autres faits que celui-ci, il serait plus que téméraire de considérer comme incontestable la terminaison du rhumatisme articulaire aigu par suppuration. Nous laissons donc à la sagesse des lecteurs éclairés et non prévenus le soin de juger si ce cas doit ou non être compté parmi ceux favorables à la doctrine que nous cherchons à établir, et nous passons à un autre.

OBSERVATION XXXI. — Rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé : la douleur et l'enflure commencent par les mains, les genoux et se propagent à la plupart des articulations. — Mort. — Amas de sérosité dans l'articulation du coude droit; dénudation et carie des surfaces articulaires des extrémités inférieures du radius et du cubitus, de celles des os du carpe, avec teinte rouge de ces surfaces ; dénudation, carie de la face postérieure de la rotule droite et des condyles des fémurs (Ici la carie existe sous forme de petits trous).

« L., âgée de quarante-quatre ans, tempérament lympha-

tico-sanguin, blanchisseuse, a toujours été bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, où elle le fut pour la première fois. Elle eut la gale à huit ans, en fut fort bien guérie, et n'en a jamais ressenti aucune incommodité depuis.

« Cette femme fut atteinte, le 6 prairial an x, pour la première fois, D'UN RHUMATISME AIGU; *la douleur et l'enflure commencèrent par les mains, les genoux, et se propagèrent le long des membres en gagnant vers le tronc.* L'affection s'est principalement montrée du côté droit et a toujours pris de l'intensité. La malade entra à l'Hôtel-Dieu, le 20 prairial. Le 1er messidor, M. le professeur Récamier fit remarquer qu'en faisant exécuter au radius son mouvement de rotation, *on entendait un petit bruit sourd et des craquemens.*

« Jusqu'au 23 messidor, *l'affection était devenue plus intense, tantôt à l'un des membres thoraciques, tantôt à l'autre.* Il s'était formé un ulcère à la partie postérieure du coude droit; les membres s'étaient infiltrés de manière cependant que la partie supérieure du bras, et les pieds étaient restés comme dans l'état naturel.

« Le 23, douleur plus vive du côté gauche.

« Le 25, douleur plus vive du côté droit, dévoiement.

« Le 29, un peu de délire le matin. Le soir, à sept heures et demie, mort.

« Les symptômes gastriques, qui étaient très intenses, avaient été combattus dès le principe par *des évacuans auxquels on avait fait succéder des délayans et de légers diaphorétiques, bains de vapeurs, frictions avec un liniment ou extrait d'huile de succin; enfin dans les derniers jours, de l'eau de riz avec laudanum et sirop de limons* (1).

« *Autopsie.* Le tissu cellulaire des membres parut très infiltré. Les muscles un peu moins rouges qu'à l'état normal.

« *Dénudation et carie des surfaces articulaires qui se remarquent aux extrémités inférieures du radius et du cubitus, de celles des os du carpe; teinte rouge de ces surfaces surtout au membre thoracique droit;* le coude de ce côté,

(1) On voit quelle était alors la thérapeutique. Elle ressemble bien peu à celle que nous exposerons plus loin.

quoique très volumineux par l'infiltration du tissu cellulaire, *ne présentait d'autre altération dans son articulation qu'une certaine quantité de sérosité amassée dans la cavité de l'humérus qui reçoit l'olécrane. La surface postérieure de la rotule était dénudée, cariée; on remarquait sur la partie antérieure du condyle du fémur un petit trou à parois rugueuses, qui annonçait un commencement de carie.* Le genou gauche, aussi très infiltré, cependant moins que le droit, n'était pas rouge à l'intérieur. La surface postérieure de la rotule point dénudée, mais au contraire recouverte d'une couche mollasse semblable à du tissu cellulaire bien infiltré; *un petit trou à bords frangés, parfaitement semblable à celui observé au genou droit, se remarquait aussi sur le condyle interne du fémur gauche. La substance osseuse était entièrement à nu dans ces trous cariés.*

« Nulle altération des viscères thoraciques et abdominaux (1). » (*M. Récamier,* cité par *Latour*, p. 247.)

Réflexions. — Certes, voilà bien un cas où il n'est pas possible de méconnaître l'existence du rhumatisme articulaire le mieux caractérisé. Or, que trouve-t-on à l'examen des articulations malades, et spécialement dans les synoviales? les caractères anatomiques les plus irréfragables de l'inflammation, savoir : la dénudation, la carie ou l'ulcération, et l'état rugueux des surfaces articulaires avec teinte rouge des points dénudés, enfin un épanchement dans l'une des articulations ainsi altérées. Il est seulement à noter qu'il n'est pas question d'un amas de pus, mais d'un amas de sérosité. C'est ainsi que dans certains cas de pleurésie, de péricardite, etc., surtout un peu anciennes, au lieu d'épanchement de pus, on ne trouve plus qu'un épanchement de sérosité avec adhérences, etc.

N'oublions pas que dans cette nouvelle observation, encore empruntée par M. Moffait à M. Récamier, il est dit expressément que le sujet était atteint d'un *rhumatisme aigu*, et que néanmoins M. Moffait s'est servi de ce fait pour soutenir

(1) Il est plus que vraisemblable que ces viscères ne furent pas examinés avec toute l'exactitude convenable.

l'opinion qu'il faut bien distinguer le rhumatisme articulaire de *toute espèce* de phlegmasie des synoviales.

OBSERVATION XXXII.—Douleurs dans diverses articulations, dans la poitrine et dans l'abdomen, à la suite de l'introduction d'une sonde dans la vessie qui y séjourne pendant trois jours. — Mort. — Dans la synoviale du genou droit, un à deux verres d'un liquide séreux, purulent et de véritable pus avec couche membraniforme sur cette synoviale, qui est rouge et d'un aspect velouté; pus dans plusieurs autres articulations. — Épanchement de sérosité purulente dans les cavités du thorax et de l'abdomen.

Un jeune homme, jouissant d'une assez bonne santé, entre à l'Hôtel-Dieu pour se faire traiter d'une fistule au périnée, qui parut être ordinaire. Une sonde est introduite dans la vessie, et y reste pendant trois jours. *Alors des douleurs se développent dans diverses articulations.* On retire la sonde. La fièvre se manifeste, *les premières douleurs persistent, et d'autres se font ressentir dans la poitrine et l'abdomen.* Les accidens sont suivis de dévoiement, d'amaigrissement prompt et d'infiltration des membres; enfin, pendant les deux derniers jours, face hippocratique, gêne extrême dans l'exercice de la parole et dans la respiration. Mort le douzième jour après le développement des douleurs.

Autopsie. *Dans la cavité de la membrane synoviale du genou droit, on trouva un ou deux verres d'un liquide en partie purulent, en partie séreux; la dernière portion qui s'était écoulée était du pus. Une couche membraniforme couvrait la face interne de la synoviale au devant de l'articulation, et s'étendait au-dessous du tendon du muscle droit, deux pouces environ au-dessus de la rotule. Cette même portion de synoviale était rouge et d'un aspect velouté. Plusieurs articulations ayant été ouvertes ont offert la cavité formée par la synoviale contenant aussi du pus, mais en moins grande quantité.*

Un épanchement de sérosité purulente existait dans les cavités du thorax et de l'abdomen.

Réflexions.—Voilà, sans doute, un remarquable exemple de suppurations ou d'épanchemens purulens multiples dans les membranes séreuses, dont les synoviales constituent une simple variété. Mais les épanchemens purulens des articula-

tions sont-ils ici d'origine vraiment rhumatismale, ou bien ne sont-ils que des effets de ces phlegmasies suppuratives *multiples* que l'on rencontre si souvent à la suite des phlébites, des infections purulentes de la masse sanguine? C'est là une question pour la solution de laquelle nous manquons de données précises. Il n'est point fait mention de l'état des veines, ni de celui du cœur, ni de celui des poumons, du foie, de la rate, etc., et c'est là une grande lacune.

OBSERVATION XXXIII (1). — Douleurs dant l'articulation tibio-tarsienne d'abord, plus tard dans les articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale droite ; abcès en arrière de la malléole interne. — Mort. — Pus dans les articulations huméro-cubitale et tibio-tarsienne (le foyer situé vers la malléole externe ne communique pas avec l'articulation). — Absence de phlébite.

Un typographe d'environ quarante ans, vint à la Pitié, dans le service de M. Sanson, pour y être traité d'un rétrécissement de l'urèthre. On l'avait traité deux fois déjà, et par cautérisation, de cette maladie; M. Sanson employa le même moyen d'abord, et usa à la fin du cathétérisme forcé. La sonde pénétra dans la vessie (*un bain fut donné au malade*).

La nuit, il y eut une petite hémorrhagie uréthrale (*le lendemain on appliqua* 12 *sangsues au périnée et l'on fit prendre un bain au malade*).

Au bout de deux jours, l'urine sortait assez librement, mais une douleur de tête se manifesta alors : elle avait son siège à la région sus-orbitaire; *une douleur vive se fit sentir dans l'articulation tibio-tarsienne droite*, sans aucun gonflement

(1) Ce fait m'a été communiqué, le 11 janvier 1837, par M. le docteur Petit-Gand, alors étudiant en médecine, et l'un des élèves les plus distingués qui ont suivi ma clinique. En me l'adressant, M. Petit-Gand m'exprimait le regret d'avoir rédigé l'observation de *mémoire*, et de ne l'avoir pas recueillie dans tous ses détails. Je n'ai pas besoin de dire que je m'associe à ce regret. M. Petit-Gand m'adressait cette observation comme un de ces exemples, heureusement assez rares, de *véritable* rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort. Il m'excusera, je l'espère, de conserver quelques doutes sur le caractère rhumatismal de la suppuration articulaire.

et sans rougeur à la peau (*une petite saignée;* 20 *sangsues derrière les oreilles; glace sur la tête*).

(*On fit peu d'attention à la douleur articulaire*).

Le jour suivant, le malade se plaignit de la persistance du mal de tête, *et surtout de la douleur de l'articulation;* on remarqua dans la figure du malade une sorte de tremblement continu, surtout apparent aux lèvres quand le malade parlait; intelligence saine (*nouvelle application de* 15 *sangsues derrière les oreilles; glace; on met un simple cataplasme sur le pied*).

A la visite suivante, *la douleur est toujours très vive au pied*, et les autres symptômes persistent, moins la douleur de tête : *il y a alors gonflement et rougeur de l'articulation* (*on y applique* 30 *sangsues*).

Le lendemain, l'état du malade n'avait pas changé (30 *nouvelles sangsues*).

Le jour suivant, *fluctuation à la partie interne de l'articulation, en arrière de la malléole interne* (une incision en fait sortir du pus).

A la visite suivante, la douleur a presque cessé; mais le tremblement des lèvres continue; la fièvre, qui avait apparu le lendemain du jour où le cathétérisme forcé eut lieu, n'avait pas sensiblement diminué; la langue s'était couverte d'un enduit grisâtre; le ventre n'était douloureux en aucun point; on remarqua un ou deux crachats rougeâtres avec de la dyspnée, ce qui, avec de la matité en arrière du thorax, fit reconnaître une pneumonie (*on prescrit* 10 *grains d'émétique*). Des vomissemens eurent lieu, et *les articulations scapulo-humérale et huméro-cubitale droites devinrent douloureuses, sans gonflement sensible ni rougeur.*

Vingt-quatre heures après, ces douleurs étaient plus vives, et sans rougeur à la peau. Les symptômes nerveux firent des progrès; cependant l'intelligence se conserva; et deux jours plus tard, le malade succomba.

Ouverture du cadavre. Le cerveau et la moelle furent trouvés plus consistans que d'habitude.

Le poumon était *engoué* à la partie postérieure, sans altération bien notable de texture; le cœur était normal, sans

rougeur des valvules ni des ventricules. Un caillot fibrineux gros comme une noix, était retenu dans les colonnes charnues du ventricule droit.

L'estomac présentait quelques points épars rouges ; il était couvert d'une couche épaisse de mucosité. Le foie était ainsi que la rate et les reins généralement pâle (l'intestin ne fut pas ouvert).

Plusieurs articulations furent ouvertes : celle de l'épaule ne présenta rien d'anormal (*c'était la moins douloureuse*); *celle du coude contenait du pus en assez grande quantité, mais non réuni en masse ; il tapissait toutes les parties de l'articulation, lesquelles ne présentèrent pas de rougeur; on trouva aussi du pus dans l'articulation tibio-tarsienne; le foyer extérieur ne communiquait pas avec l'articulation* (1).

Réflexions. — Comme le sujet de l'observation précédente, celui de l'observation actuelle fut pris de *douleurs articulaires* à la suite de l'introduction *forcée* d'une sonde dans la vessie. Mais dans ce dernier cas, les douleurs ne se manifestèrent que deux ou trois jours après l'opération et après que le malade eût pris deux bains. En considérant qu'il se pourrait qu'un refroidissement survenu au sortir des bains eût été la cause occasionnelle des douleurs articulaires, et en réfléchissant à l'absence *mentionnée* de phlébite, peut-être, les lecteurs trouveront-ils que je fais preuve d'une trop grande réserve, en n'adoptant pas positivement l'opinion de M. Petit-Gand qui considère la suppuration des articulations comme étant bien le fait d'un

(1) « On avait eu l'idée que le malade était mort d'une résorption purulente, mais on ne trouva pas un atôme de pus dans le poumon ni dans le cerveau, ni dans le foie, ni dans les reins et la rate, ni dans les veines cave inférieure et crurales ; le sang était comme on le trouve dans presque tous les cadavres, et les veines n'avaient pas leurs parois épaissies, ni rouges.

« Je ne tiens pas à dire quelle est la cause de la mort dans ce cas : je veux seulement montrer que si l'on a trouvé du pus dans deux articulations, cela ne tient pas à une phlébite, mais bien au rhumatisme lui-même. »

(*Réflexions de M. Petit-Gand*).

rhumatisme articulaire. Mais dans la position où je me trouve, il vaut mieux pécher par excès que par défaut de doute et de circonspection.

C'est dans le même esprit de doute que je publie les observations suivantes, bien qu'elles m'aient été également communiquées par leurs auteurs comme des exemples formels de suppuration rhumatismale.

Quoi qu'il en soit, ces cas nous serviront d'une sorte de transition naturelle entre les *suppurations* articulaires vraiment *rhumatismales* et les suppurations articulaires *pseudo-rhumatismales*, ou faussement prises par quelques auteurs pour de vraies suppurations rhumatismales.

OBSERVATION XXXIV (1).—Torticolis ou symptômes d'un rhumatisme musculaire d'un des côtés du cou. — Plus tard, air de stupeur et délire. — Enfin, phénomènes apoplectiformes et mort. — Pus dans l'articulation occipito-vertébrale avec ramollissement des ligamens baignés par le pus; même liquide à la surface de la moelle allongée et du mésocéphale, avec inflammation et détachement de la dure-mère.

B***, soldat-infirmier à l'hôpital militaire de Strasbourg, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin, se plaignait, depuis quelques jours, d'éprouver une douleur intense, dans les parties profondes du cou, lors des mouvemens de la tête sur la colonne vertébrale, douleurs qu'il considérait comme *rhumatismales*, et qu'il avait traitées en conséquence. Mais les *cataplasmes et les opiacés* n'ayant apporté aucune amélioration à son état, et le mal continuant à faire des progrès, il se décida à entrer dans le service des blessés, le 21 février 1835. Il se disait alors atteint d'un *torticolis* et présentait les symptômes suivans :

Une légère tuméfaction, accompagnée de douleur plutôt obtuse que vive et aiguë, semble envahir les muscles de la partie postérieure et latérale gauche du cou : ces organes sont

(1) Cette observation m'a été adressée par M. docteur Malle comme un exemple de suppuration rhumatismale des articulations. J'ai rapporté plus haut deux exemples incontestables de ce mode de terminaison qui m'avaient été communiqués par cet honorable confrère. J'ai dû placer cette dernière observation parmi les cas au moins douteux.

tendus et les tégumens offrent l'aspect qui leur est ordinaire lorsqu'ils recouvrent quelques abcès profonds ou *lorsque les articulations sont tuméfiées par une affection rhumatismale.* Le toucher le plus attentif ne fait cependant reconnaître aucune trace de fluctuation : il n'existe à la partie affectée ni rougeur, ni chaleur *exagérée;* mais le malade ne peut remuer la tête sans être aussitôt arrêté par de très vives douleurs. Du reste, le pouls est presque naturel, la langue humide, l'appétit modéré; et si ces symptômes semblent indiquer qu'il s'agit, en effet, d'un *rhumatisme musculaire,* cependant un air d'abattement répandu sur le visage du malade, et l'absence presque complète du sommeil, donnent au chirurgien en chef des inquiétudes dont il développe les motifs à la clinique (*quinze sangsues sur le côté douloureux; un cataplasme laudanisé; riz au lait et pruneaux; gargarisme émollient; boissons adoucissantes*).

Le 22, aucune amélioration : bien plus, le malade se plaint de céphalalgie (*bouillon maigre et pruneaux; vingt sangsues; cataplasme laudanisé; boissons adoucissantes*).

Le 23, il y a de l'amélioration : la céphalalgie a presque complètement disparu; cependant, les muscles continuent à être douloureux, et la tuméfaction qu'on y remarque semble avoir acquis plus d'étendue; le malade ne peut remuer la tête; il ne peut surtout la tourner de côté sans éprouver de vives douleurs; aussi pour les éviter, a-t-il soin de la soutenir avec les mains (*riz au lait et pruneaux; cataplasme laudanisé; boissons adoucissantes*).

Le 24, la céphalalgie a reparu, le malade assure que les douleurs qu'il ressent sont plus vives que jamais; la tuméfaction ne paraît pas, toutefois, avoir augmenté (*huit sangsues à chaque tempe, diète, cataplasme laudanisé sur l'endroit douloureux; pédiluves sinapisés*).

Du 25 au 27 février, les symptômes semblent diminuer, et déjà l'on se livrait à l'espérance, lorsque, dans la journée du 27, la céphalalgie reparaît et les douleurs deviennent plus vives; le visage présente un aspect particulier; il rappelle jusqu'à un certain point l'état de stupeur des fièvres typhoï-

des (*huit sangsues à chaque apophyse mastoïde ; pédiluves sinapisés ; boissons adoucissantes*).

Le 28, l'état du malade a empiré ; il y a eu, pendant la nuit, un délire vague qui persiste encore, mais à un degré plus faible ; le malade se plaint de céphalalgie intense ; le pouls, cependant, n'est pas plus accéléré, l'état de stupeur persiste.

On croit reconnaître une profonde fluctuation au dessous et en arrière de l'attache supérieure du muscle sterno-mastoïdien, ainsi que sous les autres muscles de cette région. Une incision exploratrice y est faite, mais sans être suivie d'aucun écoulement purulent. On se décide alors à débrider les parties enflammées, et on prolonge l'incision jusque dans les muscles profonds ; un écoulement de sang assez considérable est le résultat de cette opération (*boissons adoucissantes, pédiluves sinapisés*).

Le 29, le malade est mieux : le délire a cessé ; il y a moins de tension dans les muscles de la partie postérieure du cou ; cependant les mouvemens sont toujours douloureux ; l'état particulier de stupeur de la face persiste (Un peu d'appétit s'étant manifesté, on accorde *du bouillon et des pruneaux.— Boissons adoucissantes ; gargarisme émollient*).

Le 1er mars, le délire a reparu ; la plaie est douloureuse. — (*Quinze sangsues sont appliquées sur ses bords ; sinapismes aux jambes ; boissons adoucissantes ; lavement laxatif.*)

Le 2, nuit meilleure ; moins de délire ; pouls toujours fréquent ; langue humide ; état de stupeur (*quinze sangsues autour de la plaie ; lavement laxatif ; sinapismes aux pieds*).

Le 3, la nuit a été assez bonne, le délire a cessé ; le malade a recouvré l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Cet état favorable se continue le 4.

Le 5, la nuit a été mauvaise ; la céphalalgie a reparu avec une grande intensité ; la constipation persiste ; cependant la langue est humide, et le pouls peu fréquent (*six sangsues à chaque région mastoïdienne ; applications émollientes sur la plaie ; boissons adoucissantes ; calomel et magnésie, huit grains de chaque, à prendre en trois doses*).

Le 6, céphalalgie moins intense, douleurs vives dans les

cuisses; cependant le malade se trouve mieux; mais il commence à s'inquiéter de son état; malgré le *lavement laxatif et le calomel,* il n'a pas eu de selles depuis quatre jours (*même prescription*).

Le 7, un peu de délire a eu lieu pendant la nuit; persistance de la constipation, des douleurs de cuisse et de la stupeur, la plaie reste en bon état (*cinq sangsues à chaque tempe; continuation des autres prescriptions*).

Le soir, le délire reparaît et devient plus intense; la stupeur se montre plus profonde (*six sangsues derrière chaque oreille*).

Le 8, la nuit a encore été assez calme; le malade a eu une selle; le délire a cessé; les douleurs de cuisse ont disparu (*cinq sangsues à chaque tempe*).

Le soir, on s'aperçoit que la région hypogastrique est tuméfiée; le malade n'a pas uriné depuis le matin (*une sonde est introduite dans la vessie, on en tire une grande quantité de liquide*).

Le 9, la nuit a été assez calme; la tête est dégagée; le malade n'a pas uriné pendant la nuit, cependant il se sent beaucoup mieux; l'état de stupeur est moindre (*huit sangsues, quatre à chaque apophyse mastoïde*).

Le 10, le mieux-être continue: la tête est tout-à-fait libre; cependant, persistance de la paralysie de la vessie, et des douleurs aux articulations de la tête, que le malade ne peut remuer sans être obligé de la soutenir avec les mains; déglutition difficile; l'état de stupeur du visage est moins prononcé (*dix sangsues aux apophyses mastoïdes; boissons adoucissantes; le calomel et la magnésie sont supprimés*).

Le 11, la nuit a été assez bonne; le malade se sent très bien, il reprend de l'espoir; la paralysie de la vessie persiste cependant, et on est obligé d'introduire la sonde deux fois par jour. L'état de stupeur de la face, quoique moindre, est encore remarquable; la plaie va bien (*boissons adoucissantes*).

Le 12, la nuit a été bonne; le malade se sent très bien et demande à manger; il dit qu'il éprouve moins de douleurs en remuant la tête; en un mot, sauf la paralysie de la vessie,

son état paraît satisfaisant (*bouillon maigre et pruneaux; boissons adoucissantes*).

La journée se passe sans accident nouveau, et tout reste dans le même état que le matin; à cinq heures même, il sommeillait paisiblement, lorsque à huit heures du soir, au moment où le chirurgien de garde introduit la sonde pour vider la vessie, des phénomènes apoplectiques surviennent tout-à-coup : B*** perd aussitôt connaissance; la respiration devient stertoreuse, la face rouge, les extrémités inférieures se paralysent, et l'insensibilité paraît générale.

En vain on a recours, pour combattre ce nouvel accident, aux *évacuations sanguines* et aux *révulsifs les plus énergiques,* le malade n'en succombe pas moins à minuit, c'est-à-dire quatre heures après l'apparition de ces symptômes.

Autopsie du cadavre faite trente-trois heures après la mort.

Méninges et encéphale. Tous les sinus sont gorgés de sang; la pie-mère est considérablement injectée; la substance cérébrale elle-même présente un sablé très abondant, mais aucun épanchement n'y est rencontré; tous les vaisseaux sont injectés, et on voit que le cerveau a été le siège d'une congestion extrêmement active.

Colonne vertébrale et moelle épinière. Les articulations de la première vertèbre cervicale, c'est-à-dire de l'atlas, avec les condyles de l'occipital et avec l'axis, présentent une mobilité remarquable; *les surfaces articulaires sont baignées par le pus; les ligamens qui les unissent nagent eux-mêmes dans ce liquide et sont très ramollis; le ligament transverse de l'atlas, entre autres, est sur le point de se rompre, et il existe entre lui et l'apophyse mastoïde une quantité assez grande de liquide purulent.*

Le pus a fusé dans l'intérieur du canal et a détaché la dure-mère, qui se trouve ainsi séparée de la surface de l'os; cette membrane fibreuse est non-seulement recouverte de pus à l'extérieur, c'est-à-dire à sa surface correspondante aux os, mais encore à celle qui est en contact avec l'arachnoïde. En remontant dans l'encéphale, on trouve la moelle allongée et le mésocéphale recouverts par un

liquide purulent, dû également à l'inflammation de la dure-mère qui est détachée, sur ce point, de la surface osseuse. La substance nerveuse est aussi, en cet endroit, plus rouge et plus pénétré de sang, mais on y cherche en vain des traces d'épanchement : il n'y a pas une goutte de sang hors des vaisseaux. Tout porte à croire que le pus que l'on trouve à sa face antérieure est dû au travail inflammatoire qui a, par contiguïté de tissu, pénétré jusqu'à elle. La substance de la moelle épinière est d'ailleurs intacte, et il n'existe aucune compression sur cet organe, qui partage cependant un peu l'état de congestion dont la substance encéphalique a offert les traces.

Le pus a, en outre, fusé dans le tissu cellulaire qui existe entre les vertèbres et les muscles petits droits postérieurs et obliques de la tête; les fibro-cartilages intermédiaires sont sains ; il n'existe aucune altération dans les autres vertèbres cervicales.

L'atlas et l'axis ne sont pas cariés, mais ramollis, pénétrés de sang, et tout fait présumer que leur érosion n'aurait pas tardé à se manifester.

Poitrine. Quelques adhérences existent entre les poumons et les plèvres ; elles sont plus intimes du côté droit. Les poumons sont gorgés de sang veineux ; les bronches sont rouges, brunes ; le ventricule droit du cœur est rempli de sang.

L'estomac et les intestins sont sains ; le foie est gorgé de sang ; il en est de même de la rate.

La vessie contient une petite quantité d'urine ; sa membrane muqueuse est légèrement rosée. Du reste, les reins et les uretères sont sains.

Réflexions de l'auteur de cette observation. — « Ce qui frappe d'abord à la lecture de l'observation précédente, c'est la bénignité du début, la rapidité de la marche, l'arrivée subite de la mort. La maladie s'annonçant avec les caractères du torticolis, ne dut-on pas être surpris de son siége profond et de son issue funeste? Encore, si le malade avait antérieurement accusé des douleurs dans les parties qui étaient le siége du mal ; s'il eût été d'un tempérament lymphatique, et, à plus forte raison, scrofuleux ; s'il eût été en

proie à des affections rhumatismales ou goutteuses, dont la durée eût agi sur sa constitution, l'attention du praticien aurait pu être tenue en éveil et arriver à la vérité; mais, loin de là, B*** avait constamment joui d'une bonne santé : jamais il n'était entré à l'hôpital, jamais il n'avait eu de maladie vénérienne. Depuis quelques jours seulement, il se plaignait de douleurs au cou, encore étaient-elles assez légères pour qu'il fallût l'ordre du chirurgien en chef pour lui faire suspendre son service et l'obliger à entrer dans la salle des blessés.

L'impossibilité où il se trouva, quelques jours après son entrée, de faire exécuter des mouvemens à la tête, sans prendre la précaution de la tenir entre les mains, puis l'expression toute particulière de souffrance du visage, caractères signalés par Rust comme pathognomoniques de la luxation spontanée des articulations atloïdo-occipitale et axoïdienne, avaient fait présumer que le malade pouvait être atteint d'une lésion de ces parties. Mais comment se prononcer avec une entière certitude, alors que les auteurs qui en ont parlé, et notamment M. Ollivier (d'Angers), affirment que sa durée n'est jamais moindre de six mois?

Comment s'arrêter à l'idée que les désordres de l'intelligence n'étaient dus qu'à une irritation sympathique de l'organe cérébral, irritation développée à la suite d'une arthrite des articulations atloïdo-occipitales? Qu'on parcoure les écrits des auteurs anciens et modernes qui ont parlé de cette affection, et l'on se convaincra de la rareté des cas qu'on pourrait comparer à celui que nous venons de rapporter. En effet, tous ou presque tous les observateurs assignent une durée bien autrement longue à l'arthrite occipito-cervicale, dont Boyer paraît même avoir à peine eu connaissance, et sur laquelle Schupke a, le premier, le mérite d'avoir appelé l'attention des médecins. »

Parmi ces réflexions de M. le docteur Malle, il en est qui nous justifient d'avoir placé ce cas dans la catégorie de ceux où le doute est bien légitime. Toutefois, nos connaissances sur le vrai rhumatisme des articulations vertébrales sont encore si peu avancées, si peu précises, qu'il n'était pas permis de rejeter formellement l'observation de M. Malle comme

étrangère à cette maladie (1). Espérons que des faits nouveaux, observés avec une exactitude de plus en plus rigoureuse, ne tarderont pas à nous éclairer sur l'importante espèce anatomique de rhumatisme articulaire qui nous occupe, ainsi que sur celui des membranes dont les centres nerveux sont enveloppés (2).

OBSERVATION XXXV (3).—Phlébite consécutive à une saignée du bras droit, pratiquée chez un individu atteint de pleuro-pneumonie. — Gonflement douloureux du même bras. — Plus tard, douleurs vives dans les articulations scapulo-humérale et fémoro-tibiale gauches. — Plus tard encore, érysipèle autour de l'épaule, du genou droit et du tronc. — Mort. — Articulations scapulo-humérale et fémoro-tibiales gauches remplies d'un pus jaune, épais, bien lié avec état sain des ligamens et des cartilages. — Vastes foyers de suppuration dans les muscles de la cuisse gauche. — Pas de traces de suppuration dans le bras droit ni dans les veines.

Brunet, soldat au IXe régiment de ligne, âgé de vingt-deux ans, au service depuis deux jours, fut placé dans les salles

(1) Dans le concours pour l'agrégation, en 1835, un des compétiteurs cita le cas d'un rhumatisme articulaire aigu, terminé par la mort (service de M. Husson). On trouva, dit-il, du pus dans la plupart des articulations, et entre autres dans celle de l'atlas avec l'axis.

(2) Je possède déjà quelques cas d'affection rhumatismale des méninges et particulièrement de celles de la moelle épinière. La coïncidence de ce rhumatisme avec le rhumatisme articulaire aigu est néanmoins, et fort heureusement, aussi rare que celle du rhumatisme des tissus séro-fibreux interne et externe du cœur avec ce dernier est fréquente.

(3) Cette observation m'a été adessée par M. Fournon, alors chef de clinique au Val-de-Grâce (service de M. Gasc), en même temps que celle rapportée plus haut sous le n° 11. Cette dernière est un exemple bien évident d'un véritable rhumatisme articulaire aigu terminé par suppuration. Quant à celle-ci, je l'ai placé parmi les cas douteux, attendu que l'affection des articulations a été consécutive à une phlébite, et qu'il est malheureusement trop commun, consécutivement à cette maladie, de voir survenir des abcès multiples, des suppurations dans les synoviales et les séreuses viscérales, indépendamment de toute influence rhumatismale. Toutefois, il est peut-être des cas où cette influence pour n'avoir pas été notée, n'en a pas moins pu s'exercer, et alors, comme dans l'état puerpéral, le rhumatisme aurait d'autant plus de tendance à la terminaison par suppuration. C'est ici une matière qui n'est pas épuisée.

de M. Gasc, au Val-de-Grâce, le 26 janvier 1839. — D'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, il ne se rappelle pas avoir eu antérieurement de maladie grave.

Depuis quatre jours il tousse, dit-il, sans cesse, sans douleur à la poitrine.

Etat au moment de l'entrée. Toux fréquente avec expectoration abondante de crachats épais, visqueux, adhérens au vase, de couleur de marmelade d'abricots, sans douleur de côté; respiration gênée, fréquente; matité à gauche, en arrière, depuis la partie supérieure jusqu'au-dessous de l'angle inférieur du scapulum et dans le creux axillaire; résonnance bonne plus bas; beau souffle tubaire et bronchophonie dans les points où existe la matité; et râle crépitant en arrière en bas; respiration puérile en avant à gauche.

Bruits du cœur forts et réguliers; pouls large, fort et fréquent; peau chaude, halitueuse; face injectée, yeux brillans; céphalalgie, insomnie; langue rouge aux bords et à la pointe, blanche au centre, soif vive; souplesse et absence de douleur de l'abdomen; constipation.

Fatigue générale, douleurs musculaires (le malade vient de faire une longue route pour rejoindre son corps).

Saignée 12 *onces;* 6 *vent. scarif. thorax à gauche; eau gomm.; looch gomm.*

Le 27, couenne dense, épaisse de deux lignes, résistante, opaque sur le caillot. — Sérum limpide.

Soulagement après la saignée. Nuit bonne; toux moins fréquente; respiration plus facile; mêmes crachats, mêmes signes fournis par la percussion et l'auscultation; pouls moins fort et moins plein, mais aussi fréquent; chaleur à la peau, avec sueurs abondantes la nuit dernière.

Org. miell.; pot. gomm., looch; catapl.

Le 28, l'amélioration continue; le pouls est moins fréquent; la toux a diminué; les crachats ont perdu leur couleur jaune; le souffle tubaire et la bronchophonie ont fait place à du râle crépitant, la matité est moindre, la respiration facile (*un quart de bouillon; eau gom.; pot. gom.; looch; catapl. sur le thorax*).

Le 29, mieux; râle crépitant moins abondant, mêlé de bruit

d'expansion vésiculaire; plus de matité; la toux est moins fréquente; crachats muqueux, âcres; peu de fréquence dans le pouls; la peau est fraîche; le malade se plaint que *la piqûre de la saignée lui fait mal;* les lèvres de la petite plaie sont écartées, un peu boursouflées et rouges (*bouillon et bouillie; eau gom.; p. gom.; catapl. sur le pli du bras*).

Le 30, le bruit d'expansion pulmonaire est aussi net à gauche, en arrière, que partout ailleurs; plus de matité, plus de toux; le malade est très bien, *sauf la plaie du bras qui est dans le même état* (*soupe et bouillie matin et soir; eau gom.; p. gom.; looch; catapl.*).

Le 31, état général très satisfaisant; pas de changement notable dans la plaie du bras (*soupe et vermicelle matin et soir; le reste, idem*).

Le 1er février, *la plaie est plus douloureuse; les parties environnantes sont tuméfiées; la douleur se propage vers la partie interne du bras* (c'est le droit) *jusqu'à l'aisselle;* du reste, la poitrine est dans le meilleur état.

Même prescription, plus un bain de bras.

Le 2, la tuméfaction du bras est plus considérable, la douleur est plus vive encore que la veille, elle a causé de l'insomnie, un peu d'engorgement des glandes axillaires (*bouillon, bouillie; eau gom.; bain de bras, catapl. ensuite*).

Le 3, la fièvre s'allume : le pouls est fréquent et dur, la peau chaude et sèche; rougeur des bords de la langue; soif vive, perte de l'appétit qui renaissait; céphalalgie, sommeil agité; *la tuméfaction du bras s'est accrue encore, douleur vive, rougeur de la peau depuis le pli jusque vers le milieu du bras; glandes axillaires engorgées, douloureuses* (*bouillon; pour le reste, idem*).

Pas de changement jusqu'au 9; le malade s'inquiète sur l'état de son bras, et le facies est altéré; réaction fébrile intense; le bras est très gonflé, dur, rénitent; pas de fluctuation (*eau gom.; fom. émoll. en permanence sur le bras*).

Le 10, pendant la nuit, *douleur vive, atroce, qui arrache des cris continuels au malade, au niveau de l'articulation scapulo-humérale gauche;* pas de rougeur, pas de tuméfaction, mais la chaleur est augmentée; pas de sommeil, le pouls

est très fréquent, mais faible; la peau est chaude et halitueuse; la langue blanche, sèche, la soif vive; pas de douleur dans l'abdomen, pas de diarrhée; céphalalgie, facies altéré, pâle, contracté, le bras droit est dans le même état (*eau gom.; p. gom.; looch opiacé;* 15 *sangsues à l'épaule gauche*).

Le 11, apparition *d'une douleur aussi atroce que la première, à l'articulation fémoro-tibiale gauche; le genou est tuméfié; pas de changement de couleur à la peau, mais chaleur beaucoup plus forte qu'au genou droit qui n'est pas malade; la douleur de l'épaule gauche n'a pas diminué;* insomnies; plaintes continuelles, cris arrachés par la souffrance; le pouls est très fréquent, plein et vif; la peau chaude et halitueuse; sueurs abondantes la nuit; pas de frisson, pas de douleur dans la poitrine; pas de toux; respiration et résonnance bonne en avant; langue sèche, soif vive, pas de douleur à la pression de l'abdomen; céphalalgie, teinte ictérique répandue sur la face; *le bras droit est moins rouge, moins tendu, moins tuméfié; la douleur a presque entièrement disparu;* érysipèle commençant sur l'épaule droite (*eau gom.; p. gom.; looch;* 15 *sangsues au genou gauche; catapl. sur l'épaule gauche*).

Le 12, *même état du genou et de l'épaule gauches;* facies de plus en plus altéré, teinte ictérique; langue sèche, encroûtée, soif vive; pas de diarrhée (une selle cette nuit); l'érysipèle de l'épaule droite marche vers le thorax; même fréquence et plénitude du pouls (*eau gom.; p. gom.; looch; catapl. sur le genou et l'épaule gauche*).

Le 13, pendant que l'érysipèle continue sa marche horizontale vers la poitrine, *il s'en développe un autre qui entoure circulairement le genou droit; cette zone circulaire a la largeur de trois pouces de haut en bas, et elle entoure toute l'articulation; pas de douleur, pas de tuméfaction de ce genou; le genou gauche et l'épaule gauche sont dans le même état;* pas de changement notable dans l'état général du malade; le bras droit va beaucoup mieux; le gonflement est moindre, la rougeur a disparu complètement, plus de douleur (*eau gom.; p. gom.; catapl. sur l'épaule gauche;* 12 *sangsues sur le genou droit*).

Le 14, pas de changement (*même prescription, moins les sangsues*).

Le 15, l'érysipèle du tronc a dépassé la ligne médiane du sternum, il tend à gagner l'épaule gauche, celui du genou droit est resté fixe, il a pâli beaucoup; mais le volume de ce genou droit est resté fixe; *la douleur est moins vive au genou gauche ainsi qu'à l'épaule, mais le volume de ce genou n'a pas diminué;* même état d'affaissement, réaction fébrile aussi intense; un peu de diarrhée cette nuit (*un quart de bouillon, org. miel.; p. gom.;* 10 *sangsues sur le genou gauche; catapl.*).

Le 16, pas de changement notable; la diarrhée augmente (quatre selles liquides cette nuit) (*eau de riz gom.; p. gom.; décoction blanche,* 4 *onces, looch op.; catapl.*).

Le 17, l'érysipèle du genou droit a disparu complètement; celui du tronc pâlit beaucoup et sa marche est bornée; le malade s'affaiblit considérablement; diarrhée abondante, sans douleur de l'abdomen; le pouls est toujours aussi fréquent, mais faible, facile à déprimer; la peau est chaude, la sueur abondante; *même état du genou et de l'épaule gauches; le bras droit est revenu à son volume ordinaire :* il ne reste qu'une plaie de la largeur d'une pièce de un franc au niveau de la saignée (*un quart de bouillon; eau gom.; décoction blanche; p. gom.; émuls. opiacée*).

Le 18, pas d'amélioration : la diarrhée continue; sueurs abondantes; affaiblissement extrême; même état des articulations (*un demi-bouillon; pour le reste, idem*).

Le 19, la nuit a été bonne, le sommeil calme; le malade se trouve mieux, son facies est meilleur; cependant la diarrhée et les sueurs continuent (*un quart de crême de riz; pour le reste, idem*).

Le 20, même état (*même prescription*).

Le 21, le malade a passé une bonne nuit; sommeil paisible; ce matin bon facies; mais le pouls est toujours fréquent et petit; la peau chaude, la sueur abondante, la diarrhée ne cesse pas; le malade ne peut plus se lever, tant il est faible, pour aller à la chaise; même état du genou et de l'épaule gauches, sauf la douleur qui est nulle quand on n'imprime

pas de mouvement aux articulations (*bouillon matin et soir; eau gom.; p. gom.; émuls*).

Le 22, la nuit a été très agitée; le malade a déliré; ce matin, il est continuellement assoupi; la respiration est gênée, fréquente; l'auscultation dénote du râle muqueux, en avant, partout, avec conservation de la sonorité; toux peu fréquente, expectoration de crachats épais, jaunâtres, sans douleurs dans la poitrine; les fosses nasales sont obstruées par une matière épaisse d'un brun sale, fétide, le malade est forcée d'ouvrir la bouche pour respirer; le pouls est très fréquent et petit; la langue est sèche, encroûtée, la soif vive; diarrhée abondante; même état des articulations (*eau gom.; p. gom.; émuls; fom. abdomen; catapl.*).

Le 23, le délire s'est renouvelé cette nuit, et aussi vers le matin pour faire place à un assoupissement continuel, la respiration s'embarrasse de plus en plus; le pouls est extrêmement petit et fréquent, pas de changement dans l'état des articulations.

Mort à une heure après midi.

Autopsie cadavérique quarante heures après la mort.

Thorax. Pas de sérosité dans les plèvres; adhérence du poumon gauche en arrière, facile à rompre; dans ce point, le tissu pulmonaire était plus dense que dans les autres points, non friable; sa couleur était rouge, mais d'un rouge peu foncé; les autres points de ce poumon et le poumon droit sont sains; peu de sérosité limpide dans la péricarde; cœur sain.

Abdomen. Tous les organes sont sains, sauf une légère rougeur vers les dernières circonvolutions de l'intestin grêle.

Crâne. Le cerveau n'a pas été examiné.

L'articulation scapulo-humérale gauche est pleine d'un pus jaune, épais, bien lié, homogène, sans odeur. La synoviale ne présente aucune rougeur; les surfaces articulaires et les parties environnantes sont saines.

L'articulation fémoro-tibiale gauche est également remplie d'un pus de même nature, entièrement semblable. Aucune rougeur. Les cartilages et les ligamens sont sains.

Les muscles de la cuisse gauche sont envahis par la suppuration; entre le faisceau interne du triceps et le fémur,

on trouve un foyer contenant au moins six onces d'un pus de bonne nature, semblable à celui de l'articulation. Ce foyer s'étendait en hauteur depuis le condyle interne du fémur jusque vers le tiers supérieur de la cuisse; dans les interstices des fibres musculaires des trois faisceaux du triceps, des traînées de pus; le tissu musculaire lui-même, et surtout le faisceau interne, est de couleur livide et a perdu de sa consistance; il se rompt à la moindre traction.

Aucune des autres articulations ne présente d'altération.

Le bras droit ne présente rien de bien remarquable; la peau est un peu décollée vers le pli du bras, dans l'étendue de quatre à cinq lignes. Le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire n'est pas détruit; pas de traces de suppuration. Les veines ne présentent aucune trace de pus, aucune rougeur; leur canal est libre.

Réflexions. — Quelque doute que l'on puisse élever avec nous, dans ce cas, sur l'origine rhumatismale de la suppuration des synoviales articulaires et du tissu cellulaire intermusculaire, toujours est-il bien certain, d'après les symptômes observés, que le pus n'a pas été le produit d'une simple déposition, mais bien d'une véritable inflammation dans les parties indiquées, et il n'est pas inutile de noter que les articulations enflammées étaient précisément celles des membres opposés au bras frappé d'une phlébite.

On ne saurait trop appeler l'attention des vrais observateurs sur les cas de l'ordre de celui qui nous suggère ces réflexions. Je le répète, cette matière est encore neuve, et, pour ainsi dire, vierge, sous plusieurs rapports. Heureux ceux qui sauront la féconder et lui faire porter tous les fruits qu'elle semble promettre!

TROISIÈME CATÉGORIE.

Deux cas d'affection articulaire ou musculaire, terminée par suppuration, etc., et à laquelle on appliquerait faussement le nom de rhumatisme articulaire ou musculaire.

Nous avons vu comment, dans quelques-uns des faits de la seconde catégorie, la nature rhumatismale de l'affection arti-

culaire ou musculaire terminée par suppuration, etc., perdait de plus en plus de son évidence, s'obscurcissait graduellement, de manière à ne plus laisser dans l'esprit qu'une lumière incertaine ou même à y laisser les demi-ténèbres du doute.

Nous arrivons maintenant à une dernière catégorie de cas où ce n'est plus que par une erreur de diagnostic, assez facile à éviter, qu'on a désigné sous le nom de rhumatisme réel une affection suppurative des muscles et des articulations. Le rapprochement de ces cas de *pseudo-rhumatisme* avec ceux de notre première catégorie, relatifs au vrai rhumatisme, est bien propre à faire ressortir en quelque sorte les traits caractéristiques de ces derniers et à faire éclater davantage leur génie rhumatismal.

J'aurais pu très aisément multiplier les cas de suppuration articulaire d'origine non rhumatismale, surtout si j'avais voulu citer ceux dans lesquels cette suppuration est l'effet d'une violence mécanique, d'une cause *traumatique* ou *externe*, comme on dit. Mais de pareils faits eussent été sans aucune espèce d'utilité, attendu qu'ici la connaissance de la cause ne permet pas d'erreur de diagnostic, même aux observateurs les plus vulgaires.

Les cas qu'il importait réellement de signaler sont ceux où, à la suite de ces maladies externes ou internes, caractérisées par une infection putride de la masse du sang, qui se traduit à nos sens par le cortége de phénomènes typhoïdes plus ou moins prononcés, il survient, sans influence rhumatismale, des collections purulentes *multiples*, soit dans les séreuses articulaires (synoviales) et dans les séreuses viscérales, soit dans le tissu cellulaire extérieur ou intérieur. Ces cas sont aujourd'hui tellement nombreux et d'ailleurs si connus que j'ai cru pouvoir me borner aux deux suivans. J'avoue néanmoins qu'il reste encore des recherches *exactes* à faire sur cette matière, et que, s'il est des personnes disposées à se tromper en accordant, à la légère et sans aucune preuve positive, le caractère rhumatismal aux affections articulaires qui se manifestent dans les cas dont il s'agit, il en est d'autres qui, se jetant dans un excès contraire, soutiendraient à tort que

constamment les affections dont il s'agit sont indépendantes de toute influence rhumatismale; comme si les maladies dites fièvres typhoïdes étaient absolument incompatibles avec un rhumatisme articulaire, et qu'elles en fussent en quelque sorte le préservatif. Tâchons d'éviter de semblables exagérations, ne prononçons, dans ces cas vraiment embarrassans, qu'avec une réserve extrême, et n'oublions pas que c'est en cette occasion que le doute philosophique trouve sa légitime application.

OBSERVATION XXXVI (1). Symptômes de la maladie décrite autrefois sous la dénomination de fièvre gastro-adynamique. — Pendant le cours de la maladie, douleur dans la jambe gauche et dans le trajet du tendon d'Achille, suivie d'abcès à la partie interne du gras de la jambe et à la malléole externe. — Ouverture de cet abcès et suppuration abondante et prolongée.

M. Everts, 20 ans, constitution délicate, sujet à de légères affections gastriques au renouvellement des saisons, fut admis comme élève à l'école d'Alfort, dans le courant de 1807. Nommé répétiteur quinze mois après son admission, *il fut logé dans un lieu bas et humide d'un cabinet où l'on déposait les pièces anatomiques destinées à faire partie de la belle collection que possède cet établissement.* A peine eut-il passé six mois dans sa nouvelle demeure, qu'il éprouva, au commencement d'août, de légères douleurs d'estomac, qui augmentaient de jour en jour et se portaient de l'épigastre aux *régions dorsale et lombaire,* où elles produisaient à-peu-près la sensation d'une crampe.

Le 7 septembre, il se plaignit d'avoir la bouche pâteuse et le ventre tendu. Sa langue était recouverte d'un enduit blanchâtre.

L'usage d'une *tisane de chicorée et d'un purgatif* fit disparaître en peu de jours cet embarras intestinal; mais les *douleurs augmentaient toujours* (*les bains chauds furent prescrits*, mais le malade ne put les continuer à cause des défaillances qu'il éprouvait même en n'y restant qu'une demi-heure.)

(1) Cette observation a été recueillie par M. Bleynie, et publiée sous le titre de *Rhumatisme aigu, terminé par suppuration et compliqué de symptômes adynamiques et dysentériques* (Biblioth. méd. tom. XLV, pag. 68).

Le 14, les *douleurs étaient les mêmes* (*on prescrivit un mélange de poudre de rhubarbe et de quinquina à prendre chaque matin*).

Le 21, les douleurs cessèrent tout-à-coup d'occuper les différentes régions qu'elles occupaient, *et parurent se fixer sur la jambe gauche*. Aussitôt, impossibilité de mouvoir le membre affecté, gonflement léger et douleur violente, surtout, sur le tendon d'Achille, où l'on aperçut le lendemain une tumeur dure, de la grosseur d'une aveline (*tisane de chicorée; supprim. la rhub. et le qqna.*).

Le 4 octobre, le malade entra à l'infirmerie de l'école. Alors au sentiment de tension et de perforation qui se faisait sentir dans toute la jambe, se joignit *une légère douleur qui semblait marquer le trajet du tendon d'Achille*. La langue était blanche et muqueuse; urines peu colorées (*même tisane; un grain d'émétique; la partie douloureuse fut frictionnée avec le baume tranquille et recouverte d'un catapl. de farine de graine de lin*).

Du 4 au 11, même état (*même traitement*).

Le 13, *dureté considérable du mollet sans beaucoup de gonflement; douleur excessive et singulièrement augmentée par la pression;* insomnie, fièvre.

Le 16, disparition presque complète de la rougeur qui se trouvait au bas de la jambe.

Le 18, fièvre encore plus violente avec exacerbation le soir; langue sèche; léger enduit fuligineux sur les lèvres et les dents; sommeil léger et entrecoupé par des rêves pénibles; une espèce de bande, de la largeur de deux pouces, et d'un rouge livide, s'étendait depuis le jarret jusqu'à la réunion des muscles gastrocnémiens (*on persista dans l'application des cataplasmes, mais on supprima l'embrocation; on prescrivit à prendre intérieurement, quatre verres de décoction de quinquina, et pour tisane la décoction d'orge avec l'oxymel*).

Le 22, il survint un dévoiement considérable, tous les autres symptômes étant d'ailleurs les mêmes.

Le 24, des douleurs abdominales se manifestèrent avec un sentiment de constriction sous l'arc du colon.

Le 25, douleurs de la jambe moins vives; face pâle et abattue; yeux cernés et enfoncés; dévoiement avec déjections jaunes et fétides.

Le 26, un engorgement des glandes de l'aine du même côté, survenu depuis la veille, produisait une douleur des plus vives à la plus légère pression ou au moindre mouvement de flexion de la cuisse sur le bassin; le pied et le bas de la jambe légèrement œdémateux; *on sentait à la partie interne du gras de la jambe une fluctuation profonde: une longue incision, pratiquée en cet endroit, donna issue à plus de deux chopines d'une matière sanieuse et épaisse.*

Le 27, l'évacuation du pus continua à s'opérer; en sondant la plaie on voyait que la peau de la jambe était entièrement séparée des muscles, et qu'il n'y avait que la partie de la peau qui recouvre la face interne du tibia qui ne fût point altérée; *le tissu cellulaire qui unit les muscles entre eux était detruit par la suppuration.* Le sommeil était moins agité; il y avait diarrhée et ténesme.

Le 28 et le 29, l'œdème diminuait à la jambe et augmentait au pied; l'engorgement de l'aine avait presque entièrement disparu, mais la fièvre persistait.

Le 2 novembre, *une deuxième incision fut faite à la partie inférieure de la jambe pour donner issue à la matière qui y séjournait,* et l'on put, par ce moyen, établir un séton qui passait de la partie supérieure à la partie inférieure de la plaie; le dévoiement continuait avec tranchées et borborygmes; la fièvre était moins violente, mais continue et avec exacerbation le soir.

Le 4 et le 5, on remarquait dans les déjections liquides que rendait le malade quelques portions d'une matière membraniforme; la langue était toujours un peu sèche et les pommettes rouges; la maigreur faisait des progrès rapides.

Du 6 au 9, le dévoiement se calma, la fièvre ne revenait plus que le soir, il sortait peu de matière par le séton (*décoct. blanche, et qqna.*).

Dans la nuit du 9 au 10, le malade éprouva une *forte douleur au dessous de la malléole externe; un nouveau dépôt*

se manifesta dans cet endroit: on l'ouvrit et l'on donna issue à une once environ de matière blanche.

Le 12, le dévoiement et la fièvre n'existaient plus (*suppression de catapl.; bandage compressif sur la jambe*).

Le 15, la face était plus naturelle, quoique la maigreur fût encore considérable; la suppuration était peu abondante (*on joignit aux médicamens déjà nommés, le vin antiscorbutique*).

Le 21, le séton fut retiré quoique le décollement de la peau et des muscles existât encore; la suppuration était peu abondante. Les deux ouvertures furent entretenues avec un bourdonnet de charpie dans chaque, et la compression fut toujours employée.

Le 4 et le 6 décembre, il ne sortait par les plaies qu'une *mucosité glutineuse en assez grande quantité*. Le malade avait déjà de l'appétit, et l'embonpoint commençait à revenir. Sa guérison était complète à la fin de décembre.

Réflexions.—On conviendra que, s'il est des cas auxquels on puisse appliquer l'expression de *pseudo-rhumatisme*, c'est assurément celui-ci. A moins de donner le nom de *rhumatisme vrai* à toutes les espèces étiologiques d'inflammation des muscles et des articulations, on ne saurait, en conscience, l'accorder à celle dont il est question dans le cas qu'on vient de lire.

Nous mettrons fin à cet article, par la relation de l'observation suivante d'une phlegmasie des synoviales et du tissu cellulaire inter-musculaire, survenue dans des conditions qui n'étaient pas sans quelque analogie avec celles où se trouvait le sujet de la précédente, et que nous nous sommes bien gardé de prendre pour un vrai rhumatisme terminé par suppuration.

OBSERVATION XXXVII. Fièvre avec phénomènes typhoïdes très prononcés, et pendant le cours de laquelle il survient des douleurs avec gonflement dans l'articulation tibio-tarsienne gauche et au bras droit depuis l'épaule jusqu'au coude, en même temps que des pustules avec phlyctènes sur diverses régions du corps. — Mort. — Pus jaune, homogène dans l'articulation tibio-tarsienne et le tissu cellulaire inter-musculaire du bas de la jambe gauche; pus jaunâtre et un peu gélatiniforme dans l'articulation scapulo-humérale droite et dans la coulisse synoviale du tendon du muscle biceps brachial; phlébite de la veine axillaire et des veines situées au-devant de l'articulation. — Point de lésion des plaques de Peyer, etc.

Mougeot (Claude), âgé de trente-huit ans, attaché à l'établissement des eaux clarifiées, rue Saint-Paul; d'une constitution de force moyenne, un peu maigre, se disait malade depuis six jours, lorsqu'il fut admis à la Clinique, le 1er juin 1837.

Le premier jour de sa maladie, il fut pris d'éblouissemens, de fièvre, sans aucune douleur locale. Il eut des sueurs la nuit suivante. Le lendemain, il voulut travailler, mais la céphalalgie et les tournoiemens de tête qu'il éprouvait l'obligèrent de se recoucher.

A partir du troisième jour, aux symptômes précédens se joignit une douleur au pied gauche et au bras droit.

Pour tout traitement, le malade a bu de la tisane de chicorée sauvage et a fait diète.

Il ignore la cause de sa maladie.

Cet homme est irascible, d'un caractère sombre, adonné aux excès de boisson, et paraît avoir éprouvé, il y a deux ans, un dérangement des facultés intellectuelles (1)

(1) Ce cas nous ayant semblé offrir une très grande analogie avec un cas de morve aiguë chez l'homme, observé peu de temps auparavant par M. Rayer, je priai M. Montault, chef de clinique, de s'informer, auprès de l'établissement où notre malade était placé, s'il n'aurait point eu quelque rapport avec les chevaux morveux qui pouvaient se trouver dans cet établissement. Les renseignemens qui furent donnés ne nous éclairèrent pas suffisamment; on assura que le malade ne soignait pas le cheval dont il se servait pour distribuer l'eau dans divers quartiers de la capitale.

Plus tard, je priai M. Bouley jeune, médecin vétérinaire de l'établissement auquel était attaché notre malade, de vouloir bien recueillir de nouveaux

Etat du malade le 1er juin au soir (jour de l'entrée). — Le malade était venu à pied à l'hopital, mais difficilement et soutenu par deux camarades; il s'était arrêté deux fois en route par suite d'*étourdissemens avec éblouissemens et tintemens d'oreilles.*

Céphalalgie générale; point d'épistaxis; teinte jaune de l'ovale inférieur du visage; langue saburrale, humide; soif, anorexie; ventre indolent, pas de gargouillement dans le flanc droit (pas de selles depuis six jours); toux rare pendant laquelle le malade dit éprouver un peu de douleur au devant du sternum; point de crachats; respiration accélérée (à 32-36); résonnance bonne en avant et arrière (un peu faible seulement à droite en arrière depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas); respiration vésiculaire bonne, un peu faible seulement, mais sans mélange de râle, dans la partie où la résonnance est également faible et où l'on n'entend d'ailleurs ni souffle bronchique, ni retentissement anormal de la voix (il existe, depuis le bas-âge du sujet, une déviation de la colonne vertébrale dont la convexité est tournée à droite); pouls à 104, fort et développé, résistant, régulier; rien de notable pour les bruits du cœur (la région précordiale rend un son clair, ce qui tient à ce que le cœur est recouvert par une lame du poumon); chaleur assez vive et sécheresse de la peau; *douleur et gon-*

renseignemens sur les antécédens de cet homme. Voici la note que M. Bouley jeune ma communiquée à ce sujet : « Mougeot a travaillé, à diverses époques, « à l'établissement royal des eaux clarifiées, rue Saint-Paul, n. 2; il y est rentré, « le 15 février 1835, en qualité d'aide porteur d'eau et de conducteur de « tonneaux.

« Cet homme n'a jamais été employé au service du filtre; il n'a pu, par « conséquent, avoir aucune communication avec les chevaux morveux qui « sont séquestrés dans une écurie spéciale.

« Mougeot était depuis long-temps connu dans l'établissement sous les « rapports les plus défavorables : il se livrait à l'ivrognerie, qui chez lui pro- « duisait des accès de folie. »

Quoi qu'il en soit de ces renseignemens, il n'en reste pas moins certain, comme on verra par la lecture attentive de son observation, que Mougeot a succombé à une maladie typhoïde, septique, qui a offert de nombreux traits de ressemblance avec la morve aiguë, communiquée du cheval à l'homme.

flement de l'articulation tibio-tarsienne gauche et au bras droit depuis l'épaule jusqu'au coude (une saignée de trois palettes).

Le 2 juin, point de soulagement notable depuis l'entrée; sueur générale (celle du visage est acide, tandis que celle du cou, de la poitrine et de l'abdomen ne l'est pas); lèvres et dents sèches; langue également sèche à sa partie antérieure, recouverte d'une couche saburrale à sa partie moyenne, rosée à sa circonférence; haleine d'une fétidité typhoïde; *ventre affaissé et indolent; pas de selles depuis sept jours;* huit taches rosées, *typhoïdes* sur la région de l'hypocondre gauche et le reste du côté correspondant de la poitrine; pouls à 84, souple et bien développé; un peu de râle muqueux fin, en arrière à droite et dans le tiers inférieur de la même région à gauche; toux rare, sans expectoration; persistance de l'état de faiblesse avec expression de stupeur assez marquée.

Le caillot de la saignée est tremblotant quand on agite le vase aux parois duquel il adhère; il offre quelques vestiges d'une pellicule couenneuse qui se rompt avec une extrême facilité; il supporte environ le quart de son poids.

Diagnostic. *Fièvre inflammatoire avec appareil typhoïde, sans inflammation des plaques folliculeuses de l'intestin grêle* (1).

Prescription. *Saignée 3 palett.; catapl.; limon. citriq.; lavem. huil.; diète.*

Le 3, sueur abondante (toujours acide au visage et non sur la poitrine); insomnie, céphalalgie cependant un peu diminuée; *ventre toujours indolent, aplati; point de selles;* lan-

(1) Bien des personnes qui assistaient à la clinique, croyaient à l'existence d'une *fièvre ou affection typhoïde* ordinaire, c'est-à-dire à une *entéro-mésentérite* typhoïde. J'ai insisté ailleurs (Voy. ma *Clinique médicale*) sur les caractères différentiels des cas analogues à celui-ci, sous le point de vue des phénomènes typhoïdes, et de ceux dans lesquels ces mêmes phénomènes coïncident avec une inflammation aiguë de l'intestin grêle, affectant spécialement les plaques de Peyer. Je n'y reviendrai pas ici. J'ajouterai seulement que dans le cas actuel mon diagnostic fut pleinement justifié par l'autopsie cadavérique

gue recouverte d'une épaisse couche saburrale; salive non acide; haleine moins fétide; pouls à 80 le matin, à 100 le soir, souple, onduleux, bien développé; *persistance de la douleur du pied gauche et du bras droit.*

Caillot de la saignée adhérent aux parois du vase, recouvert d'une couenne mince et très molle; il se rompt très facilement.

Une saignée de trois palett.; le reste idem.

Le 4, insomnie par suite *de la douleur du pied gauche;* hier, sur les trois heures, frisson qui s'est prolongé jusque vers la soirée et, dans la nuit, sueur abondante pour laquelle le malade a changé de chemise (1); point de sudamina; chaleur assez modérée (température abdominale à 35° c.); pouls à 76-80.

L'urine rendue depuis trois heures est claire, jaune, acide, avec léger nuage au fond du bocal qui la contient; elle se trouble et précipite par une petite quantité d'acide nitrique, mais un excès d'acide fait disparaître le trouble et le précipité.

Langue blanche, saburrale; un peu de gargouillement dans le flanc droit, mais persistance de la constipation (pas de selles depuis huit jours).

Caillot de la saignée adhérent aux parois du vase, d'une consistance médiocre, recouvert d'une couenne très mince et transparente.

Vingt sangs. pied gauche; lavem. huil.; diète.

Le 5, *persistance de la douleur et du gonflement à la région externe de l'articulation tibio-tarsienne gauche,* articulation dont la circonférence l'emporte de six à sept lignes sur celle de l'articulation opposée; chaleur douce et modérée de la peau; pouls à quatre-vingt-quatre; l'urine rendue depuis deux heures est jaune, claire, peu acide, et ne précipite pas par l'acide nitrique; langue toujours saburrale à sa partie

(1) Ce frisson, suivi de sueur, joint aux phénomènes généraux et aux douleurs du pied et du bras, nous fit présumer l'existence de quelque collection purulente et d'une phlébite. Cette conjecture se tourna les jours suivans en certitude, du moins quant à la suppuration.

moyenne; un peu de gargouillement dans la région iléo-cœcale; une selle hier à la suite du lavement.

20 *sangs. et catapl. sur le pied gauche; le reste idem.*

Le 6, persistance de la douleur au pied gauche avec gonflement érysipélateux ou mieux phlegmoneux, surtout à la partie postérieure de l'articulation ou au niveau du tendon d'Achille; chaleur modérée; langue humide et saburrale, deux selles depuis la veille.

12 *sangs. et catapl. sur le pied gauche; le reste idem.*

Le 7, pied gauche moins douloureux et moins gonflé, mais augmentation de la douleur du bras droit, depuis le coude jusqu'à l'épaule; visage de plus en plus abattu; pouls à quatre-vingt-quatre.

Vésicat. sur le bras droit; quelques cuillerées de gelée de gros.; le reste idem, moins les sangsues.

Le 8, abattement très prononcé; insomnie la nuit dernière; langue sèche, *grillée;* pouls à cent; *le gonflement de l'articulation du coude-pied gauche a pris un caractère d'empâtement œdémateux;* ventre affaissé, sans gargouillement, sans éruption d'aucune espèce de taches ou de papules; une selle après le lavement; urine claire, sans fétidité notable.

Eruption d'une petite pustule au-dessus du sourcil gauche (1).

Le 9, visage altéré, d'un jaune terreux; air d'étonnement; narines garnies de flocons comme lanugineux; langue grillée; une selle depuis la veille, léger gargouillement dans la région iléo-cœcale, une papule pâle sur l'hypocondre droit; frissons hier dans la soirée, suivis de chaleur et de sueurs (sudamina sur les parties latérales de l'abdomen); pouls à cent, mou; respiration sèche en arrière; rien de nouveau pour les urines.

Développement et sorte de turgescence de toutes les veines sous-cutanées.

Persistance de l'état d'empâtement du pied gauche avec fluctuation vers la malléole externe.

(1) D'autres pustules apparurent les jours suivans, et cette éruption nous semble offrir les caractères de celle signalée dans divers cas de morve aiguë.

Deux demi-lavem. avec sulf. quinine gr. 6 *et musc. gr.* 4; *diète.*

Le 10, l'abattement, la prostration et les autres symptômes de l'état typhoïde se prononcent de plus en plus; un peu de douleur et de gargouillement dans le flanc droit; le malade a rendu sous lui ses urines et ses matières fécales (il paraît cependant avoir gardé le second demi-lavement qu'on lui a donné); langue grillée; chaleur assez modérée; sudamina nouveaux sur le ventre; tremblottement des doigts et soubresauts des tendons.

Demi-lavem. (bis) avec sulf. quinine gr. 6 *et musc. gr.* 4; *fom.; diète.*

Le 11, stupeur encore plus marquée; réponses brusques; yeux chassieux et larmoyans; bouche entr'ouverte; peau chaude et moite, et nombreux sudamina sur toute la partie antérieure du tronc; pouls à cent vingt; bruits du cœur obscurs, à peine distincts; le malade continue à rendre les urines sous lui.

Solut. sir. de gom. chlor.; cataplasm. et aspers. chlor.; mêmes lavem.; diète.

Le 12, *on aperçoit une nouvelle pustule sur la joue gauche, surmontée d'une phlyctène et entourée d'un cercle rouge; pustules semblables sur le tronc, et les membres supérieurs et inférieurs* (plus nombreuses aux avant-bras); gonflement œdémateux du coude et de la partie inférieure du bras droit.

Etat comateux (quand on parle fortement au malade, il répond encore aux questions); pupille droite plus dilatée que la gauche; langue croûteuse; pouls petit, à cent vingt; râle trachéal.

Mort à huit heures du soir.

Autopsie cadavérique treize heures après la mort.

1° *Organes extérieurs.* Les petites tumeurs de la peau du visage, du tronc et des membres comprennent toute l'épaisseur du derme, et ne contiennent pas de pus.

Pus jaunâtre et un peu gélatiniforme dans la coulisse synoviale du tendon du biceps brachial droit, ainsi que dans l'articulation scapulo-humérale correspondante; les

petites veines, placées au devant de cette articulation, ainsi que la veine axillaire, ont leurs parois épaissies, comme artérialisées, et contiennent des caillots fibrineux assez denses.

Foyer d'un pus jaune et homogène dans l'espace celluleux qui sépare en bas le tibia et le péroné gauches, ainsi que dans l'articulation tibio-tarsienne correspondante; les veines de la jambe n'en contiennent pas.

2° *Organes respirat. et circulat.* Poumon gauche adhérent en arrière par des fausses membranes molles et albumineuses, généralement engoué, mais surtout à sa partie postérieure où il présente une teinte livide, violacée, à-peu-près comme dans certains cas *d'infection putride du sang.* Poumon droit généralement adhérent (les adhérences sont bien organisées et d'ancienne date), et d'ailleurs dans le même état que le gauche.

Dans un point du méat inférieur de la fosse nasale droite, la membrane muqueuse est un peu violacée et comme fongueuse, mais elle ne présente point d'ulcérations et paraît plutôt sèche qu'humide ou recouverte de mucosités (1).

Caillots fibrineux dans les cavités du cœur, dont toutes les valvules sont rouges.

Aorte saine, sans coloration anormale.

Il n'existe nulle part des traces d'imbibition cadavérique.

3° *Org. dig. et annex.* Membrane muqueuse de l'estomac, d'un rouge vif et ramollie dans la région du grand cul-de-sac; *emphysème sous-muqueux dans le commencement du jéjunum. On ne trouva aucune altération notable dans les plaques de Peyer qui furent examinées avec le plus grand soin.* Larges plaques rouges avec ramollissement de la membrane muqueuse, disséminées dans le gros intestin (le colon ascendant surtout).

Foie volumineux, d'une médiocre consistance, d'une cou-

(1) Cette partie de l'ouverture ne fut pas faite en ma présence. Je regrette de n'avoir point examiné moi-même les deux fosses nasales et l'intérieur de la bouche et de l'arrière-gorge.

leur jaune un peu fauve. Vésicule contenant une bile d'un jaune clair.

Vessie saine.

4° *Centres nerveux.* Congestion sanguine des enveloppes du cerveau, dont la substance est généralement un peu molle.

Réflexions. — Quelle que soit la cause réelle à laquelle on doive le rattacher, toujours est-il que l'état typhoïde a prédominé dans l'observation que nous venons de rapporter, et qu'il a été caractérisé par les phénomènes les plus positifs, tels que l'éruption de taches rosées, de pustules phlycténoïdes (1), la fétidité de l'haleine, la stupeur, etc.

Dès son début, la maladie se présenta manifestement avec un cortège de phénomènes typhoïdes, et ce ne fut que vers le troisième jour que se déclarèrent des *douleurs dans le bras droit et le coude-pied gauche.*

Ces douleurs furent bien notées dans l'examen que nous fîmes du malade depuis le jour de son entrée jusqu'aux derniers jours de son existence, mais l'idée d'une véritable affection rhumatismale ne nous vint pas à l'esprit. Je pensai seulement que, comme je l'avais déjà tant de fois observé dans des cas de fièvre typhoïde, indépendante d'une phlegmasie ulcérative aiguë de l'appareil folliculaire de l'iléon, il s'établissait quelques foyers de suppuration coïncidant avec une phlébite, le tout provenant d'une influence *septique, maligne*, comme disaient les anciens, et non de la *cause* que nous assignerons plus loin au vrai rhumatisme.

Le début de la maladie, sa marche, l'état du sang tiré de la veine, tout se réunit plus tard pour nous prouver la nature inflammatoire *septique* ou putride, et non inflammatoire fran-

(1) Je ne parle point des sudamina; car, ainsi que je l'ai clairement démontré, dans ma *Clinique médicale*, c'est bien à tort qu'on prétendrait en faire un des signes caractéristiques d'une affection typhoïde quelconque. Ces sudamina, j'en ai pour preuve plus de cent faits exactement observés, se développent à la suite de sueurs abondantes et prolongées dans les maladies les plus diverses, depuis celle dont cette observation est un exemple, jusqu'au rhumatisme le plus simple ou la pleurésie la plus légitime.

che, pure, de la maladie que nous avions sous les yeux (1).

Je n'ai jamais confondu et je ne confondrai jamais assurément de pareils cas avec ceux relatifs au vrai rhumatisme articulaire ou musculaire aigu terminé par suppuration. Quelques-uns des faits que nous avons rapportés prouvent que cette confusion a été malheureusement commise par certains observateurs.

Je m'en tiens pour le moment à ces rapides réflexions. Nous aurons occasion de revenir plus loin sur cette grave question, et nous tâcherons de l'approfondir convenablement.

ARTICLE SECOND.

Observations propres à démontrer la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu, précédées d'une exposition historique des recherches statistiques de l'auteur sur cette matière.

§ Ier. *Exposition historique.*

Les recherches que j'ai faites depuis une huitaine d'années sur les *accompagnemens* divers du rhumatisme articulaire aigu, spécialement sur la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec cette affection, ont, si j'ose le dire, changé la face de la science, et constituent réellement une ère nouvelle en cette matière. La connaissance exacte de ces accompagnemens jette un jour éclatant sur la marche, les phénomènes, les terminaisons, etc., du rhumatisme articulaire aigu et, sous plusieurs rapports, peut être considérée comme la clef de l'étude de cette importante maladie (2).

(1) Le traitement que j'ai mis en usage s'est ressenti de l'incertitude où j'étais sur la véritable espèce de cas à laquelle j'avais affaire. J'ai fait pratiquer des saignées générales et locales, mais sans recourir à la formule que j'ai proposée pour des cas qui me sont familiers, et dans lesquels l'expérience la plus répétée m'en a démontré l'immense efficacité. Aurais-je été plus heureux si, dans le cas présent, j'eusse employé cette formule? Je l'ignore, mais j'en doute encore.

(2) Il n'est pas jusqu'au siége et à la nature du rhumatisme articulaire aigu

Laissant pour le moment de côté les autres accompagnemens du rhumatisme articulaire aigu, voyons comment l'auteur de cet ouvrage est parvenu à démontrer la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec cette maladie, et à formuler en *loi* précise, rigoureuse, le grand fait dont il s'agit. Je vais exposer successivement et chronologiquement les études cliniques auxquelles je me suis livré sans relâche depuis huit ans, et que je continue encore chaque jour sur ce sujet.

1832-33.—Ce n'est que vers la fin de l'année 1832, et dans le cours de l'année 1833, que j'entrevis la coïncidence de la péricardite et surtout de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu. Il ne sera peut-être pas sans intérêt de raconter ici comment je fus conduit à la découverte de ce fait.

A l'époque dont je viens de parler, je m'occupais des recherches nécessaires à la composition du traité clinique des maladies du cœur qui parut en 1835, et spécialement de recherches sur les bruits du cœur à l'état normal et anormal. J'avais pris le parti d'ausculter cet organe chez tous ou presque tous les malades admis dans mon service, non-seulement pendant le cours de leurs maladies, quelque diverses qu'elles fussent, mais encore au moment de leur convalescence et de leur complète guérison. Or, en auscultant ainsi les bruits du cœur chez des individus atteints encore ou déjà convalescens d'un rhumatisme articulaire aigu, tout-à-fait bien portans avant le développement de cette maladie, je ne fus pas mé-

que la connaissance de l'endocardite et de la péricardite qui coïncident avec lui et qui se manifestent par l'effet des mêmes causes, n'éclaire d'une vive lumière. Effectivement, le rhumatisme articulaire n'est-il pas pour les articulations ce que sont pour le cœur l'endocardite et la péricardite, c'est-à-dire une véritable inflammation produite par une cause spéciale? Que si le siège de la péricardite et de l'endocardite, ce double rhumatisme du cœur, est un tissu séro-fibreux, et si ces deux phlegmasies, la première surtout, se terminent par suppuration, ne pourrait-on pas *à priori* établir que le rhumatisme articulaire, sorte de péricardite ou d'endocardite des articulations, doit aussi affecter le tissu séro-fibreux des articulations et se terminer, du moins quelquefois, par suppuration?

diocrement surpris d'entendre un fort bruit de râpe, de scie ou de soufflet, tel que je l'avais si souvent rencontré déjà depuis plusieurs années dans le cas d'induration chronique, de végétations, etc., des valvules du cœur, avec rétrécissement plus ou moins considérable d'un seul ou de plusieurs des orifices auxquels ces valvules ou soupapes vivantes sont annexées. Comme les malades jouissaient de toute la plénitude de leur santé, avant d'avoir été atteints du rhumatisme articulaire aigu pour lequel ils avaient été admis à l'hôpital, il ne m'était pas permis de soupçonner chez eux aucune maladie *chronique-organique* des valvules, antérieurement à l'existence de ce rhumatisme. Alors, je me rappelai quelques cas de *maladie aiguë* du cœur, pendant le cours de laquelle j'avais entendu un bruit de soufflet ou de râpe, et poursuivant mes recherches avec cette persévérance sans laquelle on ne vient à bout de rien, je ne tardai pas à reconnaître qu'une véritable phlegmasie de la membrane interne du cœur et spécialement des valvules sur lesquelles elle se replie, était la cause de ce *singulier* bruit de soufflet ou de râpe que j'avais été si surpris d'entendre chez les rhumatisans (1).

Quoi qu'il en soit, la première publication dans laquelle j'ai commencé à signaler cette coïncidence, est un article inséré, au commencement de l'année 1834, dans le *Journal hebdomadaire de médecine* (2). A l'occasion d'une analyse de dix cas de rhumatisme articulaire aigu admis à la Clinique pendant le second semestre de l'année scolaire 1832-1833, on y lit les passages suivans :

« Ces dix rhumatismes se sont développés sous les mêmes conditions atmosphériques que les pleuro-pneumonies reçues en très grand nombre dans notre service à la même époque. Il y a plus : *c'est que quelques-uns de nos rhumatisans*

(1) Il s'agit ici du bruit de soufflet ou de râpe qui se passe bien réellement à l'intérieur du cœur, sans préjudice d'un bruit de frottement péricardique avec lequel il ne faut pas le confondre.

(2) Cet article a pour titre : *De la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire aigu, et de la grande efficacité des émissions sanguines répétées dans le traitement de cette maladie* (t. 1 *du Journ. cit.,* 6e année).

étaient en même temps atteints de pleuro-pneumonie ou de péricardite..... Les complications du rhumatisme avec une péricardite, une ENDOCARDITE, *une pleuro-pneumonie, etc., ont, bien entendu, modifié puissamment la marche de la maladie, en ajoutant à sa gravité.*

« Je désigne sous le nom d'*endocardite,* par opposition au mot péricardite, l'inflammation de la membrane interne du cœur, et spécialement des valvules sur lesquelles cette membrane se déploie. Il y a long-temps qu'on a signalé la *coïncidence* de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu (1); mais je crois être le premier qui ait signalé la coexistence de l'endocardite (cardite interne) avec ce même rhumatisme. J'ai recueilli, depuis environ deux ans, un assez bon nombre de faits à cet égard, et je me propose de publier prochainement un mémoire sur ce sujet aussi neuf qu'important (2). »

Je prie le lecteur de ne pas oublier que je signalais ici cette double coïncidence, sans en préciser rigoureusement les circonstances, sans en calculer toutes les conditions ou tous les termes, en un mot, sans en formuler la loi. C'est que, pour en arriver là, je ne possédais pas encore assez de faits bien observés et bien caractérisés. Je dois ajouter que, au commencement de l'année 1833, je n'avais pas encore pris le parti d'explorer le cœur chez tous les rhumatisans, et il m'est alors arrivé, comme aux autres, de ne pas *diagnostiquer* une péricardite ou une endocardite coïncidant avec un rhu-

(1) Ce n'est pas tout-à-fait ainsi que j'aurais dû m'exprimer. En effet, avant mes recherches, les auteurs n'avaient point signalé réellement la *coïncidence* d'une péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu; ils avaient dit seulement que la péricardite pouvait être la suite de la *rétrocession* du rhumatisme, ce qui est fort différent. Ils n'avaient point, d'ailleurs, déterminé les conditions de ce fait; ils ne l'avaient pas réduit en principe ou en *loi.*

(2) Dans le résumé des dix cas indiqués plus haut, je disais que le huitième cas était un exemple de *rhumatisme intense, compliqué d'une inflammation de la membrane interne du cœur, et qu'à la sortie du sujet de l'observation, le bruit de soufflet du cœur, qui s'était manifesté pendant le cours du rhumatisme, persistait encore.*

matisme. L'observation douzième de mon *Traité clinique des maladies du cœur* est un exemple de cette erreur par omission. Cette observation fut recueillie par moi dans le mois de janvier 1833. Le rhumatisme articulaire aigu de la femme qui en fait le sujet, était accompagné à-la-fois et de péricardite et de pleurésie constatées par l'*autopsie cadavérique.*

1834-1835. — Mais ce n'était pas assez que de chercher à constater l'existence d'une endocardite ou d'une péricardite chez les individus atteints d'un rhumatisme articulaire aigu; si le rapport de la coïncidence, que j'avais entrevu entre cette dernière maladie et les premières, n'était point une vaine conception, il était naturel d'en tirer cette induction que, parmi les individus atteints de ces lésions *chroniques-organiques* du cœur, et spécialement des valvules de cet organe, que, déjà dans le premier *Traité des maladies du cœur*, j'avais rattachées à une phlegmasie chronique, il devait s'en trouver un *certain* nombre qui avaient été affectés autrefois d'une endocardite ou d'une péricardite rhumatismales, c'est-à-dire d'une péricardite ou d'une endocardite coïncidant avec un rhumatisme articulaire aigu. Or, quelle ne fut pas ma satisfaction, lorsque, après avoir interrogé, avec le plus grand soin, sur leurs antécédens, les malades entrés dans mon service ou vus dans ma pratique particulière, j'acquis la certitude, vraiment mathématique, qu'un grand nombre d'entre eux avaient été frappés une ou plusieurs fois d'un rhumatisme articulaire aigu qui s'était prolongé pendant trente, quarante, cinquante jours et même plus, et que, partant, l'expérience et l'observation justifiaient pleinement mon induction (1).

Laissons maintenant parler les faits et les chiffres, bien plus éloquens que tous les raisonnemens. Voici d'abord ce que je publiais en 1835 dans le *Traité clinique des maladies du cœur :*

« La péricardite existe chez la moitié environ des individus
« affectés d'un violent rhumatisme articulaire aigu. Sous ce

(1) Combien de fois n'ai-je pas, à la surprise des malades et des assistans, annoncé d'avance et deviné, pour ainsi dire, de pareils rhumatismes chez des individus atteints de maladies *chroniques-organiques* du cœur!

« point de vue, la péricardite n'est, en quelque sorte, qu'un « des élémens de la maladie dite rhumatisme articulaire aigu, « laquelle, considérée d'une manière plus large et plus exacte « qu'on ne l'a fait jusqu'ici, constitue une inflammation de « tous les tissus séro-fibreux en général, développée sous « une influence spéciale. Or, le péricarde étant de nature « séro-fibreuse, comme le tissu où réside le rhumatisme « articulaire proprement dit, il n'est pas étonnant que la « péricardite coïncide si souvent avec ce dernier; que le rhu- « matisme du péricarde, en un mot, ait lieu dans les circon- « stances qui produisent un rhumatisme des synoviales arti- « culaires et des tissus fibreux sur lesquels elles se déploient, « lequel n'est, pour ainsi dire, qu'une péricardite articu- « laire.

« L'endocardite, à l'instar de la péricardite, se manifeste « sous les mêmes influences que le rhumatisme articulaire « aigu; et bien que cette phlegmasie puisse éclater quel- « quefois pendant le cours d'un grand rhumatisme articulaire « aigu et d'une manière purement *métastatique* (1), suivant « l'expression de certains pathologistes, il n'en est pas moins « vrai que, le plus souvent, le tissu séro-fibreux interne du « cœur se prend en même temps que celui des articulations : « c'est aussi ce que nous avons vu pour le tissu séro-fibreux « externe du cœur. Sous le point de vue de leur structure et « de leurs fonctions, les parties du cœur qui s'enflamment « par l'influence des causes productrices du rhumatisme ar- « ticulaire ont la plus grande analogie avec les parties des « articulations qui sont le siège de ce dernier. Les cavités « du péricarde et de l'endocarde représentant, sous le rap- « port qui nous occupe, des espèces de cavités articulaires, « il n'est pas étonnant que leurs phlegmasies coexistent si « souvent avec celles des cavités articulaires proprement « dites. Au reste, n'oublions pas que l'endocardite et la pé-

(1) J'avoue que plus j'étudie sérieusement, plus je médite la *vieille* question des *métastases*, plus je sens la nécessité de revenir sur ce point de la physiologie médicale, de l'*épurer*, pour ainsi dire, au creuset de l'observation exacte, d'en réformer la doctrine et d'en *rajeunir* la théorie.

« ricardite de cette espèce, ce double rhumatisme du tissu « séro-fibreux du cœur, marchent presque toujours de com- « pagnie...

« Jusqu'ici les phlegmasies aiguës du cœur concomitantes « du rhumatisme avaient été entièrement ignorées dans la « très grande majorité des cas; et comme elles n'avaient « point été combattues convenablement, plusieurs ont dû « passer et sont effectivement passées à l'état chronique; de « là ces *lésions organiques* du cœur, sur l'origine desquelles « si peu d'auteurs nous avaient laissé quelques données satis- « faisantes; de là de graves lésions dans les valvules, et par « suite ces *asthmes goutteux* de certains praticiens.

« Et qu'on ne croïe pas que les idées ci-dessus énoncées « constituent une de ces oiseuses théories auxquelles les bons « esprits ont désormais renoncé sans retour; non, non, et « chaque jour, au lit des malades, les vrais observateurs « pourront apprécier, à leur juste valeur, les réflexions que « nous soumettons à leur jugement éclairé.

« Qu'ils assistent à ces cliniques où l'on voit les rhuma- « tismes articulaires aigus se prolonger 30, 40 jours et au- « delà, et ils verront si, comme le soutiennent quelques « classiques praticiens, *la réaction fébrile, qui survit à la « période dite inflammatoire du rhumatisme, est une nou- « velle espèce de fièvre essentielle*, ou si elle ne se rattache « pas, au contraire, dans un grand nombre de cas, soit à « une péricardite, soit à une endocardite, soit à une endo- « péricardite méconnues par eux (1). »

(1) Qu'il me soit permis, par anticipation, de rapporter ici le passage suivant de mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, etc. : « Parmi « les circonstances qui auraient pu mettre au moins sur la voie de la décou- « verte du fait que nous développons, on doit, sans doute, placer au premier « rang cette fièvre violente, avec palpitations, avec pouls plein, fort et vi- « brant, quelquefois irrégulier, intermittent, qui survit assez souvent à la « fluxion articulaire. Pour trouver l'explication de cette sorte de mystère pa- « thologique, pour localiser enfin la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme*, « comme on dit, il eût suffi de soumettre à une attentive et rigoureuse explo- « ration l'état du système circulatoire en général (le sang compris), et celui

1836. — Passons maintenant à ce que j'ai dit dans mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, publiées en 1836 ou un an après la publication du *Traité clinique des maladies du cœur*.

« Nous avons avancé ailleurs (1), que, dans la moitié des « cas environ de rhumatisme articulaire aigu, cette maladie « *coïncidait* avec une inflammation du double tissu séro-« fibreux du cœur.

« Le chiffre de cette coïncidence ou de ce *rapport* n'a pas « manqué d'être taxé d'exagération, et il n'est pas de sorte « d'argumens qu'on ne nous ait opposés. Voici les deux prin-« cipales objections : Ceux-ci nous ont reproché *d'imaginer* « la péricardite et l'endocardite; ceux-là ont répondu à notre « assertion que, si effectivement nous avions rencontré aussi « fréquemment la péricardite et l'endocardite, cela tenait à « la *constitution médicale*, et qu'il ne fallait pas généraliser « une exception, un fait de coïncidence accidentelle.

« Quant à la première objection, ou plutôt à la première « accusation, elle n'est pas assez polie ni assez médicale, « pour que nous y répondions sérieusement. Quant à la se-« conde, nous en appelons aux futures constitutions médi-« cales, et nous aurons la plus grande obligation à ceux qui,

« du cœur en particulier. Mais on n'y songea point: quelques praticiens *mo-« dernes* paraissent avoir fait mieux; par un reste d'attachement pour la doc-« trine de l'*essentialité* de tant de *fièvres*, dont, malgré leurs efforts, la décou-« verte des phlegmasies du tube digestif, de celle surtout des plaques de Peyer, « avait sapé les fondemens, ils *essentialisèrent*, en quelque sorte par compen-« sation, la fièvre dite rhumatismale. Il est vrai qu'ils sont sur le point de la « *désessentialiser* à leur manière, et, si nous en croyons un journal, on rap-« porterait la *fièvre rhumatismale sans rhumatisme* à la *fièvre typhoïde*, c'est-« à-dire à une fièvre qui, selon eux, *a pour caractère anatomique une affec-« tion des plaques de Peyer*. Cette *localisation* nous paraît assez malheureuse, « au moins pour les cas où tous les signes d'une péricardite ou d'une pleu-« résie avec épanchement, d'une endocardite, etc., sont tellement évidens, « qu'ils ne sauraient échapper à l'œil le moins exercé. On dirait, en vérité, « que certains observateurs ne sont pas moins habiles à trouver ce qui « n'existe pas, qu'à méconnaître ce qui existe réellement. »

(1) *Traité clinique des maladies du cœur*, Paris, 1835, 2 vol. in-8, fig.

« comme M. le professeur Chomel, dans le dernier résumé « de sa clinique (1834-1835), pourront nous offrir quarante-« neuf cas bien observés de rhumatisme articulaire aigu, « dans lesquels on ne signalera aucun exemple de péricar-« dite ou d'endocardite (1). Nous ne pouvons nous empêcher « de faire remarquer, à cette occasion, que le relevé dont il « s'agit répond victorieusement à l'objection ci-dessus, sa-« voir, que la *constitution médicale* a été la cause de la « coïncidence de ces deux maladies avec le rhumatisme dans « les cas que nous avons observés. En effet, nous avons « recueilli ces faits à la même époque où M. Chomel ren-« contrait des faits en *apparence* opposés. Or, la *constitution* « *médicale* était la même pour nous deux. Que signifie donc « cette *apparente* contradiction? Que nous cherchions atten-« tivement la péricardite et l'endocardite et que d'autres ne « les cherchaient pas; et certes, c'est bien aussi en pareille « matière que, pour trouver, il faut chercher, et chercher avec « un grand soin, avec une persévérance que rien ne lasse et « ne *rebute* (2).

« Quels sont donc, nous demandera-t-on, les signes les plus « certains d'une inflammation du tissu séro-fibreux du cœur « (péricardite et endocardite)? Comme je les ai longuement « exposés dans le *traité clinique des maladies du cœur,* je « me contenterai de rappeler ici les plus positifs (3).....

(1) Depuis quatre ans que cet appel a été fait, les *constitutions médicales* ont, comme on le verra plus bas, confirmé constamment dans notre service la loi que nous avons formulée, et aucun observateur n'a, que je sache, trouvé comme M. Chomel, 49 cas de rhumatisme articulaire aigu sans endocardite ni péricardite.

(2) Au commencement des *recherches* dont il vient d'être question, j'avais dit : « L'inflammation de la membrane interne des vaisseaux accompagne sou-« vent aussi le rhumatisme articulaire aigu, et je me propose de traiter plus « tard ce sujet, qui n'est, en quelque sorte, qu'une annexe de celui qui va « nous occuper ici. »

(3) Je ne crois pas qu'il soit ici le lieu de nous occuper du diagnostic de l'endocardite et de la péricardite. Je supprimerai donc en ce moment les passages de mes *nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire, etc.,* relatifs à ce diagnostic. Nous aurons une meilleure occasion d'en parler, quand nous

« Une objection que l'on ne manquera pas de nous faire « sera celle-ci : il est reconnu, dira-t-on, par tous les méde- « cins, que rien n'est plus grave que l'inflammation du cœur; « or, le rhumatisme articulaire aigu n'entraîne presque ja- « mais la mort; donc il n'est pas possible que cette inflamma- « tion du cœur dans cette maladie soit aussi commune que « vous le soutenez.

« Il est facile de faire ressortir le vice de cette argumenta- « tion. En effet, l'inflammation du cœur n'a, jusqu'ici, paru « aussi funeste que par la raison qu'on ne reconnaissait guère « cette inflammation que chez les individus qui succombaient. « Déjà M. Louis, dans son mémoire sur la péricardite, a « prouvé qu'on avait exagéré la gravité de cette maladie. Les « faits qui me sont propres font plus que confirmer la remar- « que de M. Louis en ce qui concerne la mortalité de la péri- « cardite, et, de plus, ils ne me permettent pas de douter que « l'endocardite intense, bien que plus grave, en général, que « la péricardite, ne laisse vivre un bon nombre des individus « qu'elle attaque, même quand le traitement a été manqué.

« Toutefois, s'il est vrai que les inflammations aiguës du « cœur sont bien moins funestes qu'on ne l'avait prétendu, il « n'est que trop certain aussi qu'en se prolongeant, elles lais- « sent ordinairement à leur suite ces *lésions* dites *organiques* « auxquelles les individus finissent par succomber : *épaissis-* « *sissement, induration, adhérences, végétations des val-*

traiterons *en général* des symptômes du rhumatisme articulaire aigu et de ses divers *accompagnemens intérieurs.* Alors aussi, nous examinerons la question de savoir comment on peut distinguer entre elles la simple *modification d'action ou dynamique et la lésion d'organisation* qui, comme l'a dit M. Andral, peuvent être également déterminées par la *cause rhumatismale, lorsqu'elle vient à porter son influence sur quelque partie interne* (*Cliniq. médic.*, tom. 1er, 2e édit., 1829).

Je n'avais point négligé, d'ailleurs, de toucher cette grave question dans le travail dont je consigne ici quelques extraits, regrettant que l'espace ne me permît pas d'approfondir tout ce qui est relatif au *rhumatisme des nerfs* et spécialement du *névrilème,* rhumatisme dont l'étude donne la raison des *phénomènes dynamiques* dont il vient d'être mention.

« *vules avec déformation, insuffisance de ces soupapes or-*
« *ganisées, rétrécissement des orifices, dilatation des ca-*
« *vités du cœur, hypertrophie de la substance muscu-*
« *laire,* etc. (1).

« Mais hâtons-nous de résumer les nouveaux faits que nous « avons recueillis sur la coïncidence de l'endocardite et de la « péricardite avec le rhumatisme articulaire.

« Depuis le commencement du mois d'août 1835 jusqu'au « commencement du mois d'octobre suivant, j'ai recueilli « vingt nouveaux cas de rhumatisme articulaire, soit récent, « soit ancien, dont voici le résumé sous le point de vue qui « nous occupe.

« J'ai partagé ces vingt cas en trois catégories : la première « catégorie comprend les cas relatifs à un rhumatisme articu- « laire aigu *généralisé,* accompagné de fièvre plus ou moins « violente.

« La troisième catégorie est affectée aux cas du rhuma- « tisme articulaire léger, *apyrétique.*

« Entre ces deux catégories, j'en ai placé une seconde con- « tenant les cas dans lesquels une lésion dite organique du « cœur s'est rencontrée chez des individus autrefois affectés « d'un rhumatisme articulaire aigu prolongé et souvent *réci- « divé.* Cette catégorie de faits se lie étroitement aux deux « autres. Elle vient à l'appui de la première, et, réciproque- « ment, celle-ci vient à l'appui de l'autre. En effet, on ne « connaît que la moitié d'une maladie, quand on ne l'a étu- « diée qu'à l'état aigu : pour la connaître tout entière, il faut « l'avoir étudiée à l'état chronique. Or, qu'est-ce que cette *lé- « sion organique du cœur* des sujets autrefois atteints de rhu- « matisme articulaire, sinon l'endocardite et la péricardite « sous forme chronique, c'est-à-dire avec productions acci- « dentelles, avec transformation, épaississement, induration « des tissus autrefois enflammés, etc. ?

« Commençons par les quatre derniers cas, dans lesquels

(1) Je supprime ici des réflexions sur les *inflammations* dites *rhumatismales,* comparées à l'*inflammation vraie,* distinction empruntée à Stoll. Nous revien- drons ailleurs sur ce sujet.

« le rhumatisme fut apyrétique. La seule remarque que nous « ferons à leur égard, c'est qu'ils existèrent sans aucune af- « fection des membranes séro-fibreuses du cœur. Ils confir- « ment ce que nous avions déjà conclu de cas semblables, « antérieurement observés, savoir, que la *loi* de coïncidence « de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme ar- « ticulaire aigu ne s'applique réellement, à quelques excep- « tions près, qu'aux cas dans lesquels cette maladie est ac- « compagnée de fièvre et généralisée (1).

« Parmi les neuf cas de la première catégorie, il en est six « où l'on trouvait les signes les plus certains d'une inflamma- « tion *rhumatismale* du tissu séro-fibreux du cœur. Dans les « trois autres cas, cette coïncidence fut moins évidente. Tou- « tefois, elle existait réellement chez les sujets de deux de ces « cas, et chez un seul seulement elle nous parut douteuse.

« Ainsi donc, dans ce relevé, huit fois sur neuf, un rhuma- « tisme aigu de plusieurs articulations a été accompagné d'un « rhumatisme du tissu séro-fibreux du cœur.

« Les sept cas compris dans la seconde catégorie ne peu- « vent pas n'être pas pris en sérieuse considération dans la « question qui nous occupe, bien que l'affection organique du « cœur (à laquelle était jointe, chez quelques malades, une « lésion organique de l'aorte) ne se liât pas à un rhumatisme « articulaire actuellement existant, mais bien à d'anciennes « attaques de cette maladie. En effet, serait-ce par un simple « effet du hasard que, sur sept cas de cette maladie, il ne s'en

(1) Toutefois, il est quelques cas dans lesquels l'affection des articulations est légère, presque apyrétique, très mobile, et qui néanmoins nous présentent la coïncidence signalée. Nous en avons dans ce moment (27 octobre 1835) un très bel exemple chez le malade du n° 4, de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Chez lui, l'affection du cœur ne s'est bien dessinée que quatre à cinq jours après l'entrée, et pendant ces quatre ou cinq jours, les genoux et le poignet droit avaient été tour-à-tour le siège d'une fluxion que vingt-quatre heures suffisaient pour dissiper; le pouls était à 84-92 par minute. Dans des cas de ce genre, le rhumatisme se localise, se concentre sur le cœur comme il se concentre d'autres fois sur le genou, le pied ou la main (*Note des nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire*).

« trouvât aucun dans lequel elle n'eût été précédée d'un rhu-
« matisme violent et de très longue durée? Pourrait-on soute-
« nir une pareille opinion en face de ces autres faits dans les-
« quels un rhumatisme articulaire aigu actuellement existant
« est si souvent accompagné d'une endocardite ou d'une péri-
« cardite, c'est-à-dire d'un rhumatisme du tissu séro-fibreux
« du cœur? Ne vaut-il pas mieux reconnaître que, comme
« nous avons essayé de le démontrer ailleurs (*Traité clinique
« des maladies du cœur*), c'est à cette dernière maladie, mé-
« connue jusqu'ici, qu'il faut faire remonter une bonne partie
« des lésions dites organiques du cœur?

« Au reste, c'est ici le lieu d'offrir le résultat de quatre-
« vingt-douze observations de péricardite et d'endocardite
« consignées dans le traité indiqué, considérées sous le rap-
« port qui nous occupe ici.

« Or, sur ces quatre-vingt douze observations, on en compte
« trente-et-une, dans lesquelles la péricardite et l'endocardite
« coïncidaient avec un rhumatisme articulaire, savoir : dix-
« sept pour la péricardite, et quatorze pour l'endocardite.
« Ainsi donc, la moitié des péricardites environ et un quart
« des endocardites existaient chez des individus rhumatisans.
« Par conséquent aussi, chez le tiers environ des sujets affec-
« tés de la péricardite ou de l'endocardite, on avait constaté la
« présence d'un rhumatisme articulaire (voyez les observa-
« tions VIII, IX, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII, XVIII, XIX, XXVII,
« XXX, XXXI, XXXII, XXXIII, XXXIV, XXXV, XLI, XLII, LI, LII,
« LXXXI, LXXXIV, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII, LXXXVIII, LXXXIX,
« XC, XCI et XCII[e] du *Traité clinique des maladies du cœur*).

« Il est donc bien démontré par ces chiffres, que l'inflamma-
« tion du péricarde et de l'endocarde a coïncidé avec un rhuma-
« tisme articulaire dans le tiers des cas. Mais nous sommes
« loin de prétendre que, pour les deux autres tiers des cas,
« il n'en soit aucun dans lequel ait existé un rhumatisme ar-
« ticulaire. En effet, il est beaucoup de ces cas qui manquent
« de détails étiologiques; et il nous paraît assez probable que
« parmi ces derniers, un certain nombre appartenait aussi à
« la catégorie de la péricardite et de l'endocardite *rhumatis-
« males*.

« En définitive, la conclusion à tirer de ces nouveaux cas, « prouve-t-elle que nous avions exagéré en disant que, dans la « *moitié* des cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé, « avec fièvre considérable, le tissu séro-fibreux du cœur se « trouvait pris de la même manière que celui des articula- « tions?

« Ne doit-on pas, au contraire, formuler la loi de cette co- « ïncidence ainsi qu'il suit : dans la grande majorité des cas de « rhumatisme articulaire aigu *généralisé*, fébrile, il existe, « à un degré variable, *un rhumatisme du tissu séro-fibreux* « *du cœur?* Cette coïncidence est donc la *règle* et la non-co- « ïncidence, l'*exception* (1). »

(1) Parmi les cas rapportés à l'appui de cette loi, dans les *Nouvelles recherches*, je citerai, comme les plus évidens, les premier, quatrième, septième et huitième. Chez le sujet du premier cas, couché dans le service de M. Bouvier, à la Charité, lequel remplaçait alors M. Rullier, était un jeune homme de 19 ans, arrivé au quatrième septénaire d'un rhumatisme articulaire aigu intense, qui avait envahi la presque totalité des articulations (on avait traité le malade par l'émétique à haute dose et les saignées non coup sur coup). Invité par mon confrère et ami M. Bouvier à voir ce malade, à peine eus-je appliqué la main sur la région précordiale, que je sentis un très beau frémissement vibratoire, ce qui me fit annoncer aussitôt l'existence d'un bruit de soufflet, de râpe ou de scie. En effet, en appliquant l'oreille sur la région indiquée, on entendait un double bruit de scie, diffus, plus fort pendant la systole, avec une sorte de râclement vers la pointe du cœur; ce bruit de frottement masquait ou plutôt absorbait presque complètement le claquement valvulaire; la matité de la région précordiale était de 4 à 5 pouces verticalement et transversalement; les battemens du cœur, à 124, se faisaient sentir distinctement à la main dans une étendue beaucoup plus considérable qu'à l'état normal; il n'existait pas alors de voussure bien notable dans la région précordiale, laquelle n'était douloureuse qu'à une forte percussion.

Les articulations des membres, celles des supérieurs surtout, étaient encore tendues, gonflées, douloureuses.

Je diagnostiquai une *endo-péricardite rhumatismale*.

Cette visite eut lieu le 26 septembre 1835. Le 4 octobre suivant, je revis le malade : les articulations étaient alors dégagées, mais la fièvre persistait toujours à un haut degré (128 pulsations par minute); les sueurs étaient très abondantes depuis plusieurs jours, et le corps était couvert de *sudamina*.

La matité de la région précordiale était alors accompagnée d'une voussure

1837. — Rappelons maintenant ce qui a été consigné dans le tome second de ma *Clinique médicale*, publié en 1837, par conséquent un an après mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu, etc.*

« Dix-sept nouveaux cas de rhumatisme articulaire aigu ont « été reçus dans notre service, depuis le mois de novembre 1835 « jusqu'au mois d'avril 1836. De ces dix-sept cas, sept appar- « tenaient au rhumatisme articulaire sub-aigu. Parmi les dix « autres cas relatifs au rhumatisme articulaire aigu, neuf of- « fraient des exemples de la coïncidence avec l'endocar- « dite (1).

sensible à la main, et celle-ci, appliquée sur cette région, ne distinguait que assez obscurément les battemens du cœur, sans doute en raison de l'augmentation de l'épanchement péricarditique ; le large bruit de scie était remplacé par un bruit de râpe qui n'absorbait pas complètement le claquement valvulaire.

Le 23 octobre (le malade était entré le 3 septembre, comptant alors environ huit jours de maladie), les signes de l'endo-péricardite existaient encore, ainsi que la fièvre (pouls à 128-132). De plus, le respiration était précipitée, la parole entrecoupée, ce qui me fit soupçonner quelque épanchement pleurétique ; les membres étaient redevenus douloureux, etc. Dans cet état fort grave, le malade ne paraissait pas inquiet et mangeait le *huitième*. Je ne le revis plus. J'ignore s'il a fini par succomber ou s'il est sorti en emportant les germes d'une maladie *chronique-organique du cœur.*

(1) Parmi les cas de coïncidence étrangers à mon service, dont j'ai eu connaissance dans le même laps de temps, le suivant a présenté des particularités assez curieuses pour qu'on me permette de le consigner dans cette note.

Le 11 février 1836, je vis, dans le service de M. Rayer, un homme atteint d'un rhumatisme articulaire aigu, chez lequel existait en même temps une endocardite des mieux caractérisées :

Beau bruit de soufflet au premier temps des battemens du cœur; point de voussure notable de la région précordiale, et l'étendue de la matité de cette région ne dépasse guère les limites normales ; les battemens du cœur sont bien sensibles à la main, superficiels; aucun bruit de frottement péricardique *.

Il existait aussi chez ce malade un bruit de soufflet très fort dans la région

* Ce malade était considéré dans le service comme atteint de péricardite ou d'endo-péricardite. L'existence de la péricardite dans ce cas était un peu problématique. Si cette maladie existait bien réellement, toujours est-il certain qu'elle n'avait pas encore entraîné d'épanchement notable.

« Vingt-sept autres cas de rhumatisme articulaire aigu ont « été recueillis depuis l'ouverture de la Clinique au commen- « ment d'avril 1836 jusqu'au 2 novembre suivant. La *catégo-* « *rie* relative au rhumatisme articulaire aigu généralisé, in- « tense, avec forte réaction fébrile, comprend douze cas; la « seconde *catégorie*, affectée au rhumatisme articulaire aigu « léger, partiel, avec peu ou point de réaction fébrile, ren- « ferme quinze cas. Parmi les douze cas de la première caté- « gorie, il en est dix dans lesquels il s'est rencontré une coïn- « cidence plus ou moins prononcée d'endocardite ou d'endo- « péricardite (il y avait en même temps dans un de ces dix cas « complication d'une pleurésie). Dans un des deux cas res- « tans, le cœur se maintint tout-à-fait intact. Dans l'autre, il « existait bien un bruit de souffle au premier temps; mais « comme le sujet était un peu chlorotique et que les artères « carotides donnaient le bruit de diable, nous avons placé ce « cas parmi les cas douteux.

« Quoi qu'il en soit, il est évident que ces douze cas con- « firment la loi de coïncidence de l'endocardite ou de l'endo- « péricardite avec un violent rhumatisme articulaire aigu gé- « néralisé.

du creux de l'estomac; ce bruit, isochrône à la diastole ou au choc de l'aorte, était différent du bruit de soufflet du cœur.

Plus bas, l'aorte n'offrait aucun bruit anormal, non plus que les artères crurales et les carotides *.

Le pouls était petit en même temps que fréquent, etc.

* Ce bruit fut l'objet d'explications diverses : les uns, parmi lesquels se trouvait notre savant confrère, M. Littré, le considérèrent comme un de ces bruits *incompréhensibles* (c'est leur expression) que l'on rencontre dans la chlorose et l'anémie. Mais il n'existait pas de bruit *chlorotique*, c'est-à-dire de souffle continu ou à double courant, ni dans l'aorte, ni dans les autres artères, et ce souffle était circonscrit dans un point très limité.

D'autres attribuèrent le souffle aortique intermittent à une *compression*, attendu qu'il diminuait dans la position assise, mais ils ne savaient quel pouvait être l'agent de cette compression.

Quant à moi, je pense que, dans ce cas, le souffle aortique provenait d'une cause analogue à celle qui déterminait le souffle du cœur, c'est-à-dire à une aortite partielle avec obstacle au cours du sang, soit par suite de la présence d'une concrétion fibrineuse, soit par suite de tout état anormal du même genre,

« Pour que rien ne manque à la confirmation de cette loi, « telle que je l'avais précédemment formulée, nous ajouterons « que, dans aucun des quinze cas de la seconde catégorie, nous « n'avons observé la coïncidence d'une endocardite ou d'une « endo-péricardite. Enfin, je noterai que trois des sujets de « cette dernière catégorie qui avaient eu autrefois des atta- « ques violentes et prolongées de rhumatisme articulaire aigu, « offraient tous les signes certains d'une *lésion organique* du « cœur, suite évidente d'une endocardite ou d'une endo-péri- « cardite *négligée*.

« Sur vingt cas de lésions organiques du cœur provenant « d'une endocardite ou d'une endo-péricardite chronique, « il en est douze dans lesquels ces lésions avaient été pré- « cédées d'une ou de plusieurs attaques de rhumatisme arti- « culaire. »

1838. — Dans le relevé des cas recueillis depuis le 1er avril 1836, jusqu'au mois d'août 1838, le nombre des cas relatifs au rhumatisme articulaire aigu est de vingt-quatre, savoir : vingt d'une intensité forte ou moyenne et quatre légers. Dans dix-huit cas, il y eut coïncidence d'endocardite ou d'endo-péricardite, lesquelles, dans deux cas, furent compliquées de pleurésie et de pneumonie au premier degré (1).

La coïncidence manqua dans trois des quatre cas légers. Parmi les trois autres cas où la coïncidence ne fut pas notée, il en est deux relatifs à des sujets qui n'entrèrent à l'hôpital que du quinzième au dix-huitième jour après le début, et qui se trouvaient alors dans un état voisin de la convalescence.

Pendant le laps de temps que nous avons indiqué plus haut, nous avons recueilli trente cas de lésions dites chroniques-organiques des valvules du cœur avec hypertrophie, etc.,

(1) Celui des malades, chez lequel existait la coïncidence de pneumonie, était un malheureux rachitique qui succomba. A l'ouverture de son corps, on rencontra des fausses membranes partielles, récentes, molles, amorphes, à la partie postérieure du cœur, dont les quatre cavités étaient remplies de caillots fibrineux, jaunâtres, élastiques, adhérens, etc. (c'est le sujet de l'observation XXXVIII du présent ouvrage).

consécutives à une endocardite ou endo-péricardite chroniques. Dans douze cas, les *antécédens* des malades sont incertains ou manquent de détails. Les dix-huit autres sont relatifs à des sujets, parmi lesquels onze avaient eu des rhumatismes articulaires et sept des pleurésies ou pleuro-pneumonies.

Sur cent cinquante-deux cas relatifs à la péricardite, à l'endocardite et à l'endo-péricardite aiguës, ainsi qu'aux suites de ces maladies à l'état chronique, rapportés dans le *Traité clinique des maladies du cœur,* et dans la *Clinique médicale de l'hôpital de la Charité*, j'en trouve soixante-onze ou la moitié environ, dans lesquels les individus étaient actuellement atteints ou avaient été atteints autrefois d'un rhumatisme articulaire. Mais il ne faut pas oublier que, dans un grand nombre des cas composant la seconde moitié, il n'est rien dit de positif sur les maladies antécédentes des sujets, et qu'il est permis de croire que plusieurs de ces cas appartenaient à la catégorie de ceux de la première moitié.

Par conséquent, soit qu'on étudie le grand fait de la coïncidence dans cette nouvelle série d'observations, soit qu'on l'examine dans la série précédente, celle relative aux cas de rhumatisme articulaire aigu, on le constate de la manière la plus positive.

Dans le résumé de ma clinique de l'année 1838-39, se trouvent vingt-quatre cas de rhumatisme articulaire aigu, savoir: cinq cas graves, neuf cas moyens et dix cas légers (quinze cas de rhumatisme articulaire *généralisé* et neuf de rhumatisme *localisé*). Dans dix des quinze cas de rhumatisme articulaire généralisé, il y eut coïncidence d'endocardite ou d'endo-péricardite, forte dans sept cas, légère dans trois. Dans trois cas, la coïncidence fut *douteuse;* dans deux cas, elle n'existait point.

Sur trente-cinq cas de lésions *chroniques-organiques* du cœur, suites évidentes d'ancienne inflammation de l'endocarde, du péricarde ou du tissu propre du cœur, dix-neuf sont relatifs à des individus qui avaient été affectés de rhumatisme articulaire (un des malades avait été affecté aussi d'une fluxion de poitrine); cinq à des sujets qui avaient été atteints de fluxion de poitrine; et les onze autres à des individus sur

les antécédens desquels nous ne pûmes recueillir de données satisfaisantes.

§ II. *Résumé et conclusion des précédentes recherches statistiques.*

En additionnant tous les cas que nous venons de citer, nous obtenons un total de trois cent trente cas, pour base de la loi de coïncidence entre le rhumatisme articulaire et l'inflammation du tissu séro-fibreux du cœur (endocardite et péricadite rhumatismales). Or, il me semble qu'une loi déduite d'une pareille masse de faits, recueillis dans l'espace de six à sept ans, n'a, malgré les assertions de certains auteurs, rien de *téméraire ni d'aventureux* (1).

Précisons toutefois l'avantage et les faits ci-dessus et les résultats généraux ou les lois qui en dérivent.

Sur cent quatorze cas de rhumatisme articulaire aigu recueillis par nous avec les plus grands détails, dans un espace de six à sept ans, il y en a soixante-quatorze d'une grande intensité ou d'une intensité moyenne et quarante de légers. Or, parmi les soixante-quatorze cas de la première catégorie, nous en comptons soixante-quatre dans lesquels s'est rencontrée la coïncidence *certaine* d'une endocardite ou d'une endo-péricardite (dans trois autres cas, la coïncidence fut douteuse), tandis que, dans les quarante cas de la seconde catégorie, il n'en est qu'un dans lequel la coïncidence dont il s'agit ait été constatée (2).

(1) Dans cette somme de cas ne sont pas compris ceux que j'ai recueillis dans ma pratique privée, et dont je rapporterai plus loin un certain nombre. J'ai cessé de compter strictement les cas où j'ai été consulté pour des *lésions organiques du cœur* consécutives à d'anciens rhumatismes, tant ces cas sont nombreux. Quant aux cas de coïncidence d'endocardite ou de péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu, je n'en ai pas le chiffre exact : tout ce que je puis affirmer, c'est qu'ils confirment pleinement la *loi* établie sur les faits observés dans ma pratique publique.

(2) Dans six des soixante-quatre cas de la première catégorie, outre la coïncidence d'endocardite, de péricardite ou d'endo-péricardite, nous avons rencontré une pleurésie ou une pleuro-pneumonie (trois fois la pleurésie simple et

Donc, d'après ces faits, qui se reproduisent d'ailleurs chaque jour dans tous les autres services où l'exploration des malades est faite avec soin par des observateurs consciencieux et exercés; donc, d'après ces faits, dis-je,

1° Dans le rhumatisme articulaire aigu violent, généralisé, la *coïncidence* d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite est la RÈGLE, la LOI, et la non-coïncidence, L'EXCEPTION;

2° Dans le rhumatisme articulaire aigu léger, partiel, apyrétique, la *non-coïncidence* d'une endocardite, d'une péricardite ou d'une endo-péricardite, est la RÈGLE, et la *coïncidence*, L'EXCEPTION.

Mais, pour qu'il ne manque rien à la solidité de la loi de coïncidence de l'endocardite, de la péricardite ou de l'endo-péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu intense et généralisé, n'oublions pas cet autre ordre de cas dans lesquels nous avons constaté la préexistence de cette dernière maladie chez des individus qui nous présentaient les signes les plus positifs de *lésions organiques* du cœur évidemment consécutives à une endocardite ou à une péricardite *mal guéries* ou passées à l'état chronique. Dans le premier ordre de faits, nous avons acquis la preuve directe, immédiate, *flagrante,* de la coïncidence qui nous occupe, et nous avons pour ainsi dire pris cette coïncidence sur le fait; dans le second ordre de faits, au contraire, ce n'est que par voie d'induction, d'une manière indirecte et médiate, que nous saisissons la coïncidence de l'endocardite ou de la péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu intense et généralisé; mais l'induction est ici tellement pressante qu'elle équivaut en quelque sorte à la démonstration directe. Au reste, il ne faut pas perdre de vue que la démonstration directe de la *loi* que nous étudions a précédé la démonstration indirecte, et que

trois fois la pleuro-pneumonie). Ces chiffres nous paraissent suffisans pour démontrer que la coïncidence d'une pleurésie ou d'une pleuro-pneumonie avec un grand rhumatisme articulaire aigu n'est pas un accident *infiniment* rare. Mais il y a bien loin, comme on voit, sous le rapport de la fréquence, entre cet *accompagnement* et celui dont nous venons de nous occuper.

nous avons deviné, si j'ose ainsi parler, la préexistence d'un rhumatisme articulaire aigu chez un grand nombre d'individus affectés des suites d'une endocardite ou d'une péricardite, précisément parce que chez les sujets actuellement atteints de ce même rhumatisme articulaire aigu, nous avions constaté la coïncidence d'une endocardite ou d'une péricardite (1).

Quoi qu'il en soit, si l'on réfléchit que depuis sept ans environ, sur trois cents individus au moins (2) chez lesquels j'ai reconnu l'existence de lésions *chroniques-organiques* du cœur consécutives à une endocardite ou à une endo-péricardite, plus de la moitié, quand on les interrogeait avec toute l'exactitude suffisante, faisaient remonter les symptômes de ces lésions à une ancienne attaque de rhumatisme articulaire intense, qui s'était prolongée pendant plusieurs semaines ou même pendant plusieurs mois, on sentira combien cette nouvelle donnée contribue à la solution du problème que nous nous étions proposé.

Pour achever cet article, il ne me reste plus qu'à rapporter des exemples à l'appui de la loi que je viens de formuler. Je puis déjà signaler comme tels plusieurs des cas consignés dans le premier article de ce chapitre, et les lecteurs en trouveront un grand nombre d'autres dans le chapitre consacré au traitement.

§ III. *Observations particulières à l'appui de la loi ci-dessus énoncée.*

Je diviserai en deux catégories les faits qui vont être actuellement rapportés : dans la première catégorie, celle qui nous

(1) Il est vrai de dire, d'un autre côté, qu'avant de constater ces maladies, pour ainsi dire en flagrant délit, nous en avions soupçonné l'existence d'après ce bruit de soufflet ou de râpe que nous avions été d'abord si surpris de rencontrer chez des convalescens d'un rhumatisme articulaire aigu. Il suit de là que les deux ordres de preuves que nous invoquons se tiennent de si près qu'elles se confondent jusqu'à un certain point entre elles.

(2) Je comprends dans ce nombre et les cas que j'ai recueillis avec détail dans mon service, et les cas que j'ai observés, soit dans quelques autres services, soit au bureau central, soit dans ma pratique particulière. Mais, je le répète, loin d'être exagéré, ce nombre est certainement au-dessous de la réalité.

intéresse surtout et qui est vraiment capitale, se trouvent les cas de rhumatisme articulaire dans lesquels l'autopsie cadavérique a démontré l'exactitude de la loi formulée plus haut.

La seconde catégorie contiendra des cas de coïncidence dans lesquels l'ouverture du corps n'a pas eu lieu. Tous ces derniers cas ont été recueillis dans ma pratique particulière, et si je leur ai donné une place ici, c'est que certaines personnes nous ont adressé cette objection, bien étrange, il est vrai, savoir qu'il n'en était pas de la coïncidence qui nous occupe, chez les malades de la ville comme chez ceux des hôpitaux.

Chacune de ces catégories de faits sera subdivisée d'ailleurs en deux séries.

La première série comprendra ceux relatifs à la coïncidence *actuelle* d'une endocardite ou d'une péricardite, seules ou combinées avec d'autres accompagnemens du rhumatisme, tels qu'une pleurésie, une pleuro-pneumonie, etc.

Dans la seconde série se trouveront les cas où, par suite d'une ancienne endocardite ou péricardite coïncidant avec un rhumatisme articulaire aigu, il est survenu ces *lésions* dites *organiques* du cœur, vulgairement connues sous le nom d'*anévrisme du cœur,* telles qu'épaississement, induration, végétations, ossification des valvules, qui sont en même temps plus ou moins déformées et *insuffisantes,* adhérences du péricarde, hypertrophie des parois musculaires du cœur, etc.

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Cas terminés par la mort, et avec autopsie cadavérique.

Ils sont au nombre de huit.

PREMIÈRE SÉRIE. — Cas dans lesquels l'autopsie cadavérique a fait constater la coïncidence d'une endocardite ou d'une péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu encore récent.

Les cas de cette série sont au nombre de quatre seulement. Les deux premiers ont été recueillis dans notre service; les

deux autres l'ont été, l'un dans les salles de M. le professeur Chomel, et l'autre dans celles de M. Legroux, à l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION XXXVIII. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé; légère endo-péricardite? — A l'ouverture, pseudo-membranes sur le péricarde en arrière; concrétions fibrineuses blanches formées dans les cavités du cœur.

Salle des hommes, n° 10. Le nommé Mabli, âgé de vingt-quatre ans, tailleur, rue de Viarmes, 17, malade depuis cinq jours; entré le 3 janvier 1838; mort le 14 janvier 1838.

D'une constitution rachitique; poitrine étroite et déformée; blond; peau fine et mince; assez sujet à s'enrhumer, et ayant habituellement la respiration courte, par suite de la vicieuse conformation de sa poitrine.

Cinq jours avant son entrée, il se sentit indisposé, éprouva une douleur dans le côté droit, puis dans plusieurs articulations des membres supérieurs et inférieurs, avec fièvre.

Il attribue sa maladie à la fatigue et à l'excès de travail occasioné par l'approche du jour de l'an.

Avant son entrée, pour tout traitement, il a pris huit pilules purgatives.

4 janvier, à la visite du matin. Douleur dans les articulations des genoux avec gonflement, et de plus rougeur érythémateuse à la face externe du droit; les moindres mouvemens augmentent la douleur; chaleur élevée de la peau avec sueur au visage; pouls à 116-120, assez développé, souple, onduleux; *bruits du cœur un peu obscurs, sans souffle bien distinct;* respiration haute et fréquente.

Saignée de 3 palettes; violette-guimauve sirop de gomme; cataplasme sur les genoux; lavement émollient; diète.

5. Les douleurs des articulations sont diminuées; *les battemens du cœur sont forts et précipités, les bruits obscurs;* respiration toujours gênée, haute, avec douleur vers la base de la poitrine, dans la direction du diaphragme; le pouls à 120; la peau chaude et moite.

La densité du sang retiré la veille était de sept degrés : le caillot est ferme, glutineux, sans couenne; sérosité en assez petite quantité.

Saignée de 3 palettes matin et soir.

6. Les douleurs articulaires ont cessé, mais le pouls est à 120-124; *les battemens du cœur sont forts et les bruits étouffés;* l'urine rendue cette nuit est trouble, acide, avec flocons au fond du vase.

La densité du sang de la première saignée était de six degrés et demi; celle de la saignée du soir, de six degrés un quart.

Le caillot de la première saignée est recouvert d'une couenne assez mince; celui de la saignée du soir est ferme et glutineux, mais sans couenne.

Vésicatoire sur la région du cœur; potion teinture de digitale, 10 *gouttes.*

7. *Les battemens du cœur sont toujours forts et les bruits secs, étouffés.*

8. Pouls à 108, assez développé, souple; chaleur modérée, avec état sudoral; *les battemens du cœur sont forts; les bruits un peu moins étouffés.*

9. Dyspnée plus considérable; crachats visqueux avec stries de sang sur l'un d'eux; crépitation fine en arrière, en bas, surtout à gauche; pouls à 116-120.

Saignée de 3 *palettes; julep diacodé; cataplasme sur la poitrine.*

10. Nuit agitée; pouls à 104-108.

Densité du sang de la saignée, six degrés.

Caillot recouvert d'une couenne de deux lignes d'épaisseur; sérosité abondante.

Saignée de 2 *palettes et demie.*

11. Crachats d'un mucus demi transparent, avec quelques traces de sang; respiration plus libre; pouls à 120.

12. Crachats plus opaques, un peu adhérens, sans traces de sang; pouls à 120; *bruits du cœur sourds, analogues à un bruit de choc plutôt qu'à un véritable claquement; battemens du cœur toujours forts.*

13. Sueur générale, pouls à 128.

14. Pouls à 112; même état d'ailleurs.

Mort à trois heures du soir (*un peu de bouillon avait été prescrit les deux derniers jours*).

Autopsie cadavérique, quarante-trois heures après la mort (1).

1° *Organes circulatoires et respiratoires.* Cœur volumineux, dirigé un peu transversalement; *fausses membranes molles, récentes, partielles, recouvrant la face postérieure de cet organe, sans épanchement notable dans le péricarde. Caillots fibrineux d'un blanc jaunâtre, élastiques, adhérens, occupant toutes les cavités du cœur, mais surtout l'oreillette droite;* point de rougeur ni d'épaississement bien notables aux valvules.

Poumons petits, comme comprimés par le rétrécissement de la poitrine et l'incurvation de la colonne vertébrale, un peu splénisés en arrière.

2° *Organes digestifs.* Couleur rosée de la muqueuse gastrique, qui est en partie détruite par ramollissement dans la région splénique; rougeur et ramollissement très marqués de la membrane muqueuse de plusieurs des circonvolutions de la fin de l'iléon, de l'arc et de l'S iliaque du colon.

Réflexions. — Les signes de l'endocardite ont été suffisamment caractérisés dans ce cas; cependant on n'a noté, à l'ouverture du cadavre, que l'existence de ces concrétions fibrineuses, fermes, blanches, élastiques qui, pour être au nombre des caractères anatomiques de l'endocardite, ne sont pas néanmoins tellement caractéristiques pour qu'il ne dût pas rester quelques doutes sur l'existence de cette maladie, si cette existence n'était pas fondée sur d'autres preuves.

La péricardite n'a guère laissé pour traces que des pseudo-membranes molles, de formation récente, sur la partie postérieure du cœur; mais cette circonstance est heureusement *caractéristique.*

La constitution chétive et rachitique du sujet ne permit pas d'employer, dans toute sa rigueur, la nouvelle formule des émissions sanguines. Trois saignées furent pratiquées dans les premières vingt-quatre heures, et on attendit trois

(1) Malade le jour de cette ouverture, je ne pus y assister; elle a été malheureusement faite d'une manière incomplète, surtout relativement à la description de l'intérieur des diverses cavités du cœur.

à quatre jours, sans oser recourir de nouveau à ce moyen. Deux autres saignées furent pratiquées alors (9 et 10), et néanmoins les accidens du côté du cœur continuèrent ainsi que la fièvre, et le malade succomba. Si ces deux saignées eussent été faites immédiatement après les trois premières, c'est-à-dire le 6 et le 7, au lieu du 9 et du 10, aurait-on prévenu la terminaison funeste? je l'ignore; mais la chose n'est pas improbable.

Quoi qu'il en soit, on voit ici un de ces cas dans lesquels la *fièvre dite rhumatismale* persiste dans toute son intensité, bien que l'affection rhumatismale des articulations ait disparu. Ces cas, si embarrassans autrefois, ne le sont plus aujourd'hui que les accompagnemens divers du rhumatisme articulaire aigu, et spécialement l'endocardite et la péricardite sont connus.

On avait dit, dans ces derniers temps, que cette persistance de la fièvre, après la disparition des symptômes articulaires, annonçait un prochain retour du rhumatisme articulaire. Cela n'est pas arrivé dans le cas actuel, et l'expérience exacte n'a point confirmé cette remarque.

OBSERVATION XXXIX. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé; doutes d'abord sur la coïncidence d'endocardite, qui plus tard est reconnue; variole intercurrente, confluente. — A l'ouverture, rougeur, boursouflement, granulations des valvules du cœur (Les valvules auriculo-ventriculaires surtout, etc.).

SALLE DES HOMMES, n° 6. Le nommé Gobert, âgé de vingt ans, garçon limonadier, demeurant rue de Grenelle, 12, malade depuis cinq jours, entré le 11 août 1838, mort le 4 septembre suivant.

D'une constitution délicate, un peu anémique; cheveux blonds; à Paris depuis cinq ans, habituellement assez bien portant.

Il y a cinq jours, il éprouva des douleurs vers les épaules; deux jours après une douleur s'empara du genou droit et la marche devint très pénible; cependant le malade n'avait pas gardé le lit et n'avait fait aucun traitement avant son entrée.

Le malade croit pouvoir attribuer ses douleurs aux alter-

natives de chaud et de froid auxquelles l'expose sa profession (il est obligé de descendre souvent à la cave ayant chaud).

Etat au moment de l'entrée. Persistance des douleurs vers les épaules; le genou droit est gonflé; sa circonférence est de 12 pouces 6 lignes, tandis que celle du genou opposé n'est que de 11 pouces 10 lignes; il est douloureux au toucher, surtout au-dessous de la rotule, et les mouvemens de flexion et d'extension sont empêchés par la douleur; rien aux autres articulations.

Etendue de la matité du cœur normale; souffle bien marqué au premier temps des battemens du cœur, surtout au niveau de l'orifice aortique; bruit de diable dans la carotide droite (ces phénomènes diminuent un peu après la première émotion de la visite); pouls à 100-104, développé, résistant; température de la peau à 38°; rien de notable pour la respiration.

Saignée 3 palettes 1/2, cataplasme laudanisé sur le genou.

12. Tuméfaction toujours considérable du genou droit (sa circonférence est de 12 pouces 4 lignes), sans fluctuation bien distincte; le pied gauche s'est pris depuis hier; la douleur des épaules est légère, sans toux ni gêne de la respiration; *bruit de souffle dans toute la région précordiale, se prolongeant dans la région de l'aorte sous-sternale, où il est très prononcé et sec, surtout vers l'orifice aortique; il accompagne le premier bruit valvulaire* (on n'entend pas aujourd'hui de bruit de diable dans les artères du cou sur le trajet desquels se propage seulement le souffle indiqué tout-à-l'heure); l'étendue de la matité de la région précordiale est sensiblement normale; point de voussure dans la même région; pouls à 92 assez résistant, mais un peu fluctuant; peau généralement chaude (température à 37-38° c.), quelques sudamina et vésicules miliaires sur le ventre et la région sous-claviculaire droite.

Le caillot est entouré d'une sérosité abondante, recouvert d'une couenne bien organisée, d'une ligne et demie d'épaisseur sur les bords.

Saignée 3 palettes; ventouses scarifiées genou droit et

pied gauche 3 palettes ; guimauve sirop de gomme 3 pots; cataplasme; lavement; diète.

13. Le genou droit est moins douloureux qu'hier, plus facile à fléchir (sa circonférence est encore de 12 pouces 4 lignes); depuis hier vers midi, douleur dans les deux coudes et à l'épaule droite avec gêne des mouvemens, mais sans gonflement notable; pouls à 80, assez développé; sueur la nuit dernière avec sudamina comme la veille; le *premier bruit du cœur est toujours accompagné de souffle* (point de bruit de diable des carotides dans la position couchée, mais la carotide droite en fait entendre un léger dans la position assise); un peu de sommeil.

Sérosité de la saignée abondante et claire; caillot fortement rétracté, retroussé, recouvert d'une couenne générale ferme et de deux lignes d'épaisseur sur ses bords; sérosité des ventouses bien claire, non rougie; rondelles glutineuses.

Saignée trois palettes; ventouses scarifiées genou et épaule droits, deux palettes; cataplasmes laudanisés sur les articulations douloureuses; 2 *pilules d'opium d'un quart de grain chacune; le reste, idem.*

14. Genou droit non douloureux, moins tendu (12 p. 1 lig. de circonférence); épaule droite encore douloureuse; le genou et le pied gauche sans gonflement notable, un peu douloureux, mais sans gêne bien notable de leurs mouvemens; *le souffle au premier temps est toujours bien marqué* sans voussure ni matité anormale et *avec impulsion superficielle du cœur.*

Le caillot de la saignée, retroussé, est recouvert d'une couenne assez mince; les rondelles des ventouses forment une masse glutineuse entourée d'une sérosité non rougie.

Ut suprà moins les saignées.

15. Toutes les jointures, excepté l'épaule droite, sont presque entièrement dégagées; *toujours souffle râpeux dans la région précordiale au premier temps;* pouls à 84; pas de sueur; peu de sommeil.

Vésicatoire sur la région précordiale et sur l'épaule droite; le reste ut suprà.

16. L'épaule droite seule est encore un peu douloureuse;

chaleur à-peu-près normale avec un peu de moiteur dans la nuit; pouls à 76-80; *bruits du cœur les mêmes;* langue humide et rosée, peu de soif, retour d'un peu d'appétit.

Cataplasmes laudanisés sur l'épaule droite; le reste, idem.

17. L'épaule est un peu moins douloureuse; pouls à 60, chaleur modérée, *mais souffle râpeux du cœur à-peu-près le même;* langue bien humide et rosée.

Convalescence commençante.

Deux tasses de bouillon, une soupe aux herbes.

18. Le malade continue à bien aller ; l'épaule se dégage de plus en plus, *souffle du cœur un peu moins fort et moins râpeux ;* le pouls à 48-52.

Six grains de poudre de digitale à la surface du vésicatoire de la région du cœur; une soupe grasse et une soupe maigre.

19-20-21. Le malade va de mieux en mieux; *le souffle du cœur diminue un peu.*

Les alimens sont graduellement portés au quart (un bain).

22. Toutes les articulations sont parfaitement dégagées; *souffle au premier temps toujours bien marqué* dans toute la région de l'aorte sous-sternale ; le second bruit consiste en un claquement pur ; tendance au bruit de diable dans la carotide droite (le bruit est toutefois très confus et non continu).

La demie d'alimens.

23. Dans la journée, le malade vomit; son pouls s'élève à 96-100, augmente de force et est redoublé; l'impulsion du cœur est également plus forte que précédemment; *le bruit de souffle râpeux du premier temps est rude, sec, et se fait entendre dans la région des cavités gauches; le second bruit lui-même est un peu rude* (souffle pur dans la région sous-sternale); *légère voussure dans la région précordiale, qui offre de la matité dans une étendue de deux pouces environ verticalement et transversalement;* peau chaude et sèche.

Saignée trois palettes; vésicatoire région précordiale;

limonade citrique et solution sirop de groseille quatre pots; lavement avec quatre grains de digitale; diète.

24. Nouveaux vomissemens d'une matière verte, un peu porracée; pouls à 80, assez tendu et résistant; peau chaude, un peu sèche; un peu de douleur en urinant depuis l'application du vésicatoire.

Sur le visage, la partie antérieure du tronc ainsi que sur les membres, on aperçoit de petites taches rouges, quelques-unes formant déjà de légères élevures, acuminées, qui ne peuvent être méconnues pour des pustules de variole naissante (on aperçoit aussi sur le ventre des sudamina). Le malade ne se plaint ni de céphalalgie, ni de douleurs lombaires, mais seulement de fatigue; point de mal à la gorge, déglutition facile, langue humide et rosée.

Le sujet n'a été ni vacciné ni variolé. Pendant son séjour dans le service, il y est entré un malade affecté d'une simple varicelle, et qui n'y a séjourné que deux jours seulement.

Le caillot de la saignée est d'une assez bonne consistance, glutineux; la sérosité est assez abondante et d'un jaune verdâtre.

Solution sirop de gomme et limonade citrique trois pots; lavement émollient; diète; sécher le vésicatoire.

25. Augmentation du nombre et du volume des pustules; pouls à 72, redoublé; chaleur de la peau assez forte avec sueurs et nouveaux sudamina très abondans sur le ventre.

Même prescription.

26. Pouls à 64, toujours bien redoublé; chaleur assez élevée; les pustules déjà développées prennent de l'accroissement en même temps qu'il en apparaît de nouvelles.

Même prescription.

27. Le malade commence à se plaindre de douleur à la gorge et de difficulté dans la déglutition; le voile du palais et la membrane muqueuse de la voûte palatine sont parsemés de pustules avec plaques d'un rouge vif; pas de gonflement des amygdales.

Gargarisme, miel rosat; une tasse de bouillon coupé; le reste, idem.

28 et 29. Pouls à 76-80-84; chaleur très modérée; les pus-

tules, généralement confluentes, présentent pour la plupart la forme ombiliquée, mais sont un peu affaisées et comme empêchées dans leur développement; on en observe sur les bords de la langue; continuation du mal de gorge avec ptyalisme et larmoiement.

Même prescription si ce n'est qu'on ajoute dix à vingt gouttes de chlorure de soude dans le gargarisme.

30 et 31. La salivation continue ainsi que la difficulté à avaler; les pustules se développent toujours mal, quelques-unes se sont rompues, et le liquide qu'elles contenaient s'est transformé en croûte; le malade exhale fortement l'odeur *caractéristique* de petite-vérole.

Même prescription.

1er septembre. L'odeur variolique est de plus en plus prononcée; les pustules du visage sont en pleine suppuration, ou déjà transformées en croûtes brunâtres; la salivation diminue, et le malade dit se trouver assez bien.

Même prescription, plus un peu de gelée de groseille et un lavement avec deux onces d'huile d'amandes douces.

2. La plupart des pustules du visage, desséchées, forment une espèce de masque d'un jaune brunâtre, exhalant à un haut degré la fétidité variolique.

3. Même masque croûteux avec occlusion des paupières; langue criblée de pustules brunâtres, mais toujours assez humide; l'odeur qu'exhale le malade est de plus en plus fétide, insupportable; il est pris de délire avec agitation; la déglutition est plus difficile; la respiration s'embarrasse, et la mort arrive dans la nuit du trois au quatre.

Autopsie cadavérique trente-quatre heures après la mort.

1° *Habitude extérieure.* Le cadavre exhale une odeur des plus fétides et présente des traces de décomposition commençante.

2° *Organes circulatoires et respiratoires.* Le péricarde contient une petite quantité de sérosité jaunâtre; *son feuillet cardiaque offre une teinte légèrement opaline, et on y trouve à peine quelques petites plaques laiteuses; le ventricule droit contient quelques caillots en partie décolorés, fibrineux; sa membrane interne offre une rougeur générale, mais plus*

marquée sur les valvules pulmonaires qui sont en même temps comme légèrement boursouflées; la rougeur est plus foncée dans l'oreillette droite et sur la valvule tricuspide dont les lames sont évidemment boursouflées, principalement sur leur bord libre qui est recouvert d'une traînée de granulations qui paraissent de formation assez récente; la membrane interne de l'artère pulmonaire n'offre qu'une teinte très légèrement rosée sur laquelle tranche la teinte plus rouge des valvules. Les valvules de l'aorte sont parfaitement suffisantes; *elles offrent une rougeur de bois du Brésil, tandis que la membrane interne de l'aorte n'offre qu'une teinte rosée semblable à celle de l'artère pulmonaire. Ses valvules sont en même temps légèrement boursouflées; le ventricule gauche contient deux caillots dont l'un, formé par la fibrine, ferme et décoloré, s'engage dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; la membrane interne de ce ventricule offre une teinte d'un rouge assez foncé; les lames de la valvule bicuspide, plus rouge encore que les valvules de l'aorte, sont fortement boursouflées, et leur bord libre est parsemé de végétations assez récentes.* La membrane interne de l'oreillette gauche offre la même teinte que celle de la droite. La substance du cœur est généralement un peu molle, surtout à la cloison, et présente une teinte foncée. La membrane interne de l'aorte, en contact avec du sang liquide, offre cependant dans toute sa longueur sa teinte blanc-jaunâtre à-peu-près normale, tandis que la membrane interne de la veine cave, également en contact avec du sang liquide, offre dans presque toute son étendue une teinte d'un rouge foncé.

Le poumon gauche présente un engouement notable dans son lobe inférieur, où son tissu s'écrase facilement sous le doigt, comme dans la splénisation; le poumon droit est généralement splénisé, et dans quelques points il offre de petits foyers de suppuration comme dans la pneumonie lobulaire ou dans celle qui accompagne souvent la phlébite purulente; il présentait d'ailleurs des adhérences nombreuses et bien organisées.

Au niveau du cartilage cricoïde, existent trois excoriations superficielles qui pourraient bien être des suites de pustules

varioliques; la membrane interne du larynx offre d'ailleurs une injection pointillée et de petites taches blanches qui se continuent jusqu'à la partie inférieure de la trachée artère.

3° *Organes digestifs et annexes.* La membrane muqueuse de l'œsophage n'offre pas de traces d'éruption variolique. L'estomac présente de l'injection surtout dans la région splénique, où la membrane muqueuse est ramollie; quelques follicules développées le long de la petite courbure. Même éruption de follicules avec pointillé brunâtre dans le duodénum, éruption qui devient plus rare à mesure qu'on s'approche de la partie inférieure du jéjunum pour reparaître à la fin de l'iléon, où l'on trouve aussi des plaques de Peyer développées, mais sans ulcération; injections arborisées dans différens points de l'intestin grêle et spécialement à la partie inférieure de l'iléon. Le cœcum offre une rougeur vive qui ne se continue pas dans le reste du gros intestin.

Le foie est volumineux et d'une consistance normale.

La rate offre son volume et sa consistance ordinaire. A son extrémité supérieure on trouve une petite rate supplémentaire, de la grosseur d'un ganglion mésentérique.

Réflexions. — Dans ce cas, l'inspection cadavérique a pleinement justifié le diagnostic : en effet, on a rencontré les altérations caractéristiques d'une endocardite terminée par une résolution incomplète. Il est vrai que le malade était *en apparence* complètement guéri, et mangeait la demie, lorsqu'il fut pris tout-à-coup de variole. Je dis, *en apparence*, car lorsque l'affection articulaire et la fièvre avaient entièrement disparu, il restait encore un bruit de souffle bien marqué dans la région du cœur, signe auquel les observateurs peu familiarisés avec les méthodes exactes d'exploration n'attachent pas, sans doute, beaucoup d'importance, mais qui, bien interprété, offre une grande valeur diagnostique aux médecins profondément versés dans l'usage de ces méthodes (1).

(1) Nous avons, dans le cours de l'observation, exactement noté toutes les circonstances propres à démontrer que ce souffle était bien lié à l'affection primitive et *rhumatismale* de l'endocarde, et non à l'état *séreux* du sang que produisent les abondantes émissions sanguines.

On pourrait objecter que l'état des valvules est postérieur à l'affection rhumatismale, et qu'il s'est manifesté dans le cours de la variole, cette maladie fébrile étant au nombre de celles à la suite desquelles, il n'est pas très rare de rencontrer, dans les cas graves, une espèce particulière d'endocardite. Mais il ne faut pas oublier que les signes de l'endocardite ont existé pendant la durée du rhumatisme, et qu'à l'époque de la guérison, il restait encore un *bruit de souffle râpeux*, lequel s'est seulement *renforcé* pour ainsi dire dans le début de la variole. D'un autre côté, les granulations valvulaires et l'épaississement des valvules paraissaient d'une date assez ancienne et contemporaines de la première maladie plutôt que de la seconde. Je pense, en dernière analyse, que ces anciennes altérations étaient les restes de l'endocardite rhumatismale, mais qu'on peut, selon toutes les probabilités, mettre sur le compte de l'endocardite variolique et la rougeur et le léger boursouflement récent des valvules et les concrétions fibrineuses *adhérentes, fermes et blanches* que contenaient les cavités du cœur (nous avons eu soin de noter qu'il n'existait aucun indice d'une imbibition purement cadavérique).

OBSERVATION XL (1). Rhumatisme articulaire aigu, avec complication de rhumatisme musculaire; hérédité nulle. Point de refroidissement comme cause déterminante; traitement par les saignées répétées (Huit livres de sang en cinq jours). Quelques symptômes du côté du cœur, mais peu caractéristiques et peu constans. — Mort au vingt-quatrième jour depuis l'invasion fébrile. — Autopsie: nulle lésion dans les articulations; péricardite légère, endocardite; épanchement séreux dans la plèvre droite.

Miguet (Louise), âgée de 27 ans, lingère, affirme n'avoir jamais eu d'affection rhumatismale: elle a toujours joui d'une bonne santé. Accouchée il y a sept ans, ses règles apparaissent régulièrement tous les mois, et ne coulent que pendant deux ou trois jours. Elle habite au septième étage dans la rue Saint-Jacques. Sa nourriture est bonne. Elle ne connaît personne

(1) Cette observation a été recueillie par M. Grisolle, dans le service de M. Chomel, et publiée dans le *Journal hebdomadaire de Médecine* d'abord, puis dans les *Leçons* de M. Chomel *sur le rhumatisme*. Nous la rapportons textuellement ici.

dans sa famille qui ait des accès de rhumatisme ou de goutte.

Interrogée plusieurs fois sur les circonstances qui ont précédé la maladie actuelle, Louise assure qu'elle ne s'est pas refroidie, qu'elle n'a fait ni courses ni ouvrages forcés. Le 13 mars, pendant qu'elle était occupée à coudre, elle éprouve tout-à-coup des douleurs dans les fesses, les cuisses et les mollets. Pendant les quatre jours qui suivent, elle peut se livrer, quoique avec peine, à ses occupations journalières; mais le 18, ses souffrances sont si vives qu'elle est forcée de s'aliter; la fièvre s'allume en même temps que toutes les articulations des membres inférieurs se prennent à-la-fois.

Le 21 (neuvième jour de la maladie), Louise est apportée sur un brancard dans les salles de la Clinique, et examinée le jour même, à la visite du soir, par M. Grisolle. Voici ce qu'il observa : c'est une femme de moyenne taille; son embonpoint est considérable, mais ses chairs sont flasques, sa peau est blanche; elle a les cheveux châtains; elle est couchée en supination, immobile dans son lit; elle se plaint vivement des muscles de la région lombaire, des mollets et des cuisses, les pieds sont peu douloureux; elle souffre davantage des genoux qui, d'ailleurs, ne sont point rouges et sont à peine tuméfiés. Les membres supérieurs et les articulations du tronc sont exempts de douleurs : il y a peu de céphalalgie : la langue est humide, sans enduits; la soif vive, l'appétit est perdu; il y a constipation depuis trois jours; les mouvemens respiratoires s'exécutent sans douleurs; la percussion est bonne partout. la respiration vésiculaire, dans tous les points, s'entend distinctement à la région précordiale. Celle-ci n'offre aucune déformation appréciable. D'ailleurs le volume considérable des mamelles empêche de limiter exactement le cœur en haut, en bas et en dehors. Aucune matité n'existe le long du bord sternal gauche. Les battemens du cœur sont réguliers. Les deux bruits sont distincts et ont leur timbre normal. La percussion n'excite aucune douleur locale. Le pouls bat 104 fois; il est large et dur; la chaleur générale est halitueuse (*saignée de* 18 *onces*). Pas de sommeil, les douleurs redoublent pendant la nuit.

Le 22, les deux rotules sont soulevées par l'épanchement qui s'est formé dans les genoux. La douleur a augmenté dans les deux articulations tibio-tarsiennes. La sensibilité est vive dans la continuité des cuisses et dans les lombes. Le pouls à 120, large et dur. La chaleur est médiocre ; le thorax et le cœur en particulier n'offrent que les résultats négatifs de la veille (*saignée* 18 *onces*).— Le soir, pouls 108 ; agitation extrême ; cris aigus arrachés par les douleurs devenues intolérables ; la tuméfaction des genoux et des pieds a augmenté (*saignée de* 18 *onces*). Pas de sommeil, mêmes douleurs , même agitation. A neuf heures du soir, M. Grisolle prescrit deux grains d'opium, qui calment les souffrances et procurent plusieurs heures d'un sommeil paisible.

Le 23, pouls (96), large et dur. Le premier bruit du cœur est un peu clair; les douleurs sont un peu moins vives; il y a moins d'immobilité dans les membres inférieurs; les genoux sont plus tuméfiés; ils ont pris une forme globuleuse; les deux poignets sont douloureux ; une selle (*saignée de* 30 *onces*).—La saignée est suivie d'une syncope.—Le soir, pouls à 100, d'une résistance médiocre. La malade se plaint vivement du poignet, du coude gauche et des deux pieds. Si on percute la région précordiale, on excite une très légère douleur dans une étendue de deux pouces transversalement à partir du bord gauche du sternum. Cette même sensibilité n'existe pas dans le point correspondant du côté opposé. Il n'y a ni voussure appréciable, ni matité le le long du sternum, la respiration s'entend dans toute la région précordiale. En dehors et en bas du mamelon, on perçoit distinctement, dans l'étendue d'un pouce environ, un très léger souffle accompagnant le premier bruit du cœur. Point de dyspnée, il y a vingt respirations par minute ; point d'œdème, point de syncope, aucune tendance aux lipothymies. Dans la soirée, les souffrances sont si aiguës qu'on donne à la malade deux grains d'opium, qui la calment et lui procurent du sommeil.

Le 24, sentiment de grande faiblesse ; pâleur générale ; les douleurs sont à-peu-près stationnaires ; langue blanchâtre ; pas de selles ; le bruit de soufflet, plus fort qu'hier, diffus, s'entend dans toute la région précordiale. Au niveau du mame-

lon, l'oreille perçoit un très léger bruit de râpe; point de voussure; même sensibilité à la percussion. Cette douleur de la région précordiale, que la percussion détermine, est excessivement faible, et la malade ne s'en plaindrait pas, si on n'appelait son attention là-dessus. Pouls (100), large et régulier (*saignée de* 18 *onces*).— Le soir, agitation; cris aigus arrachés par les douleurs atroces que la malade éprouve dans les épaules, les poignets et les pieds. 20 respirations; pouls (108), assez large; bruit de soufflet plus faible; le bruit de râpe n'existe plus (*saignée :* on ne put tirer que 8 onces de sang, à cause d'une syncope qui survint; 2 *grains d'opium* la nuit).

Le 25, pouls (112), assez ample; même souffle et même sensibilité de la région précordiale; douleurs un peu moindres; quelques sueurs la nuit dernière; pas de selles; langue blanchâtre; soif (*huile de ricin, une demi-once*).—Le purgatif procure plusieurs selles.— Le soir, même état stationnaire; pouls (104), large (*saignée de* 18 *onces*). (Dans toutes les saignées, le sang a été couenneux; la proportion de sérum a augmenté avec le nombre de saignées faites). — Dans la soirée, les douleurs s'aggravèrent considérablement; 2 grains d'opium sont nécessaires pour calmer la malade.

Le 26, chaleur halitueuse; pouls (104), mou; même souffle; affaissement; sentiment d'une grande faiblesse; pâleur anémique; douleurs aiguës, et gonflement du genou et du pied gauches; toutes les articulations du membre supérieur droit sont prises (*chiendent*). La malade se plaint et crie toute la journée; 3 grains d'opium sont nécessaires pour la calmer.

Du 27 mars au 1er avril, le pouls, mou, varie de 100 à 116; la chaleur est sèche; le nombre des respirations s'élève de 20 à 30; le bruit de soufflet reste à-peu-près le même, tantôt diffus, tantôt limité au voisinage du mamelon; une seule fois, on entend, pendant une demi-journée, un léger bruit de frôlement à deux pouces en dehors du sternum; la région précordiale est toujours un peu sensible à la percussion; la respiration s'y entend bien; pas de matité anomale le long du sternum; langue blanchâtre; soif; selles rares; les douleurs

restent bornées aux pieds, au genou, au poignet et à l'épaule gauches (*lait de poule*).

Le 1er avril, il y a un grand affaissement; la douleur de la région précordiale a augmenté; la respiration y est pure; on n'y constate ni matité, ni voussure; le bruit de soufflet persiste; il y a 30 respirations; le pouls, régulier, égal, peu fort, bat 116 fois; il n'y a ni œdème, ni syncope, ni délire; la langue est un peu sèche; les douleurs sont stationnaires (20 *sangsues à la région du cœur*). — Le soir, il y a 40 respirations et 100 pulsations; le pouls, mou, offre quatre à cinq intermittences par minute; le bruit de soufflet est à peine marqué; la malade est très accablée. Les sangsues ont peu coulé (*vésicatoire sur le sternum; cataplasmes sinapisés aux mollets*).

Le 2, même irrégularité du pouls, qui, quoique ample, résiste à peine à la pression du doigt; le bruit de soufflet est limité à un petit espace; assoupissement; point de lipothymies; les douleurs rhumatismales occupent les mêmes articulations; le vésicatoire n'ayant point pris, on le réapplique le soir. Le pouls, compté pendant quelques minutes, n'offre plus d'intermittences: il est à 104.

Le 3, un peu de délire la nuit; le pouls (100), régulier; 40 respirations; toux fréquente sans expectoration et sans râle (*chiendent; bouillon; sinapismes*).

Le 4, toute sensibilité locale a disparu à la région précordiale; le bruit de soufflet existe à peine; le pouls est irrégulier; la chaleur de la peau est assez vive; assoupissement; rêvasseries. — Le soir, les douleurs articulaires sont devenues très vives dans les lombes, les poignets, les épaules, les coudes; chaleur vive et âcre; pouls (108), ample et assez dur; toux fréquente; râle sibilant, général, dans le côté droit; 44 respirations; agitation; un peu de délire (*saignée de* 13 *onces*); couenne n'existant que par place; caillot mou; la sérosité forme les trois quarts de la masse.

Le 5, pouls (100), régulier, très mou; bruit de soufflet persistant.

Le 6, douleurs moindres.

Le 7, le bruit de soufflet a complètement cessé; les battemens du cœur ont leur timbre ordinaire (pour éviter toute

erreur, M. Grisolle eut même soin plusieurs fois d'ausculter comparativement le cœur de plusieurs femmes de la salle, lesquelles étaient exemptes de toute affection de cet organe) (1). Le délire a cessé ; le facies est calme.

Le 8, état satisfaisant (*bouillon*).

Le 9, sans frisson ni douleur préalables, on constate, dans le quart inférieur du côté droit de la poitrine, un peu de faiblesse du bruit respiratoire ; le son y est aussi un peu obscur ; pouls (100), régulier ; bruit du cœur naturel ; les douleurs articulaires ont cessé.

Le 10, dans la journée, émotion morale vive ; la malade rejette, peu après, quelques crachats rougeâtres un peu visqueux ; matité du tiers inférieur et postérieur du côté droit du thorax ; respiration bronchique, et retentissement saccadé de la voix ; pouls (108), faible ; 44 respirations ; dyspnée ; nulle coloration ou œdème ; agitation ; selles involontaires (*large vésicatoire sur le thorax*) ; mort dans le courant de la nuit.

Autopsie, trente heures après la mort.

Habitus. — Rien à noter dans l'habitus extérieur ; aucune infiltration séreuse ou sanguine ; aucun indice de putréfaction ; l'embonpoint est assez bien conservé.

Articulations. Les épaules, les poignets, les pieds, les genoux, ont repris leur volume ordinaire ; cependant, les chairs de la main gauche sont un peu plus flasques, et la rotule gauche est très légèrement soulevée par la synovie. L'intérieur de ces articulations est blanc et lisse ; il s'en écoule une petite quantité de synovie visqueuse, jaunâtre, demi transparente, sans odeur. Toutes les parties constituantes de ces articulations ne nous offrent aucune altération appréciable ni dans leur consistance, ni dans leur coloration, ni dans leur épaisseur.

Crâne. Pas d'injection ; nulle lésion de tissu ; substance cérébrale généralement molle.

(1) Je laisse à ceux qui ont l'habitude de l'auscultation du cœur le soin d'apprécier les résultats de l'exploration de cet organe, telle qu'elle a été faite dans le cours de cette maladie... qu'est-ce que le *timbre ordinaire* des *battemens* du cœur ?

Thorax, poumons, plèvre. Rien de pathologique dans la plèvre et le poumon gauches. Dans la plèvre droite existe une pinte de sérosité transparente sans flocons; les plèvres costale et pulmonaire sont lisses partout, sans fausses membranes ni granulations.

Le poumon correspondant, dans son tiers inférieur, est dense, sans friabilité et tout-à-fait vide d'air. Bronches bleuâtres : aucune trace évidente de pneumonie.

Cœur et péricarde. Deux cuillerées à bouche de sérosité citrine sont épanchées dans le péricarde. Il n'existe ni rougeurs, ni épaississemens, ni fausses membranes sur ce péricarde pariétal, ni sur la portion de cette séreuse qui recouvre les ventricules et la face antérieure des oreillettes; mais à la face postérieure de celles-ci existent quelques fausses membranes grenues ou striées, grisâtres, minces, adhérentes, de formation récente, occupant environ un pouce et demi carré : le péricarde reste lisse au-dessous d'elles et non épaissi. Le cœur a un volume plus considérable, son tissu est rouge, sa consistance est bonne, son diamètre vertical, de la base des ventricules à la pointe est de 4 pouces, le transversal a 4 pouces 1/2. Le ventricule gauche une fois fendu longitudinalement, le doigt indicateur, introduit dans sa cavité, pénètre ensuite dans l'oreillette correspondante sans éprouver de résistance. Sur tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, on trouve de petites granulations du volume d'une tête d'épingle à un grain de millet, confluentes ou discrètes, grisâtres, assez dures. Les tendons fournis par la colonne charnue qui longe la paroi postérieure du ventricule sont enveloppés par une matière molle, grisâtre, granuleuse, peu adhérente, friable; cette matière est réunie en masse vers l'extrémité droite de la valvule, de manière à donner à cette partie de la cloison auriculo-ventriculaire gauche une épaisseur de huit lignes. Cette augmentation dans l'épaisseur est formée également par une véritable fausse membrane située sur cette portion de la valvule qui forme la paroi inférieure à l'oreillette. Cette production morbide a six lignes en surface; elle est très adhérente, peu granuleuse, grisâtre à l'extérieur, ressemblant un peu aux fausses membranes situées

sur le péricarde à la face postérieure des oreillettes. La matière friable qui double inférieurement la cloison auriculo-ventriculaire se prolonge transversalement dans l'étendue de plus d'un pouce, formant à la base du ventricule, près de l'orifice aortique, à trois lignes du sommet des valvules sigmoïdes, une masse qui fait une saillie de dix lignes dans la cavité du cœur. Cette tumeur est molle, grisâtre et grenue à l'extérieur, un peu élastique, comme spongieuse au-dedans, se détache assez facilement du cœur, dont la membrane interne reste dans ce point, grisâtre, opaque, épaissie. Sur le bord libre des valvules aortiques existe un liseré grenu, grisâtre, formé par des granulations semblables à celles que nous avons vues sur l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, plus confluentes cependant que dans ce dernier point; elles sont disposées, dans les enfoncemens qui séparent les valvules entre elles, en petites masses grenues d'un blanc grisâtre ressemblant assez bien aux choufleurs syphilitiques. L'aorte est exempte de toute altération; elle a vingt-cinq lignes de développement au-dessus des valvules.

Dans tout le pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire droit existent des granulations du volume d'un petit grain de millet, représentant à-peu-près l'état rudimentaire des granulations décrites à l'orifice aortique. La cavité des deux ventricules est notablement agrandie, le ventricule gauche a une épaisseur de cinq lignes et demie à six lignes à la base; le droit, une ligne à une ligne et demie (les colonnes charnues n'étant pas comprises).

Le cœur contient, dans toutes les cavités, des caillots noirâtres non adhérens; les parenchymes et le système veineux contiennent peu de sang.

Abdomen. Tous les viscères de cette cavité, examinés avec soin, ne nous présentent aucune altération appréciable.

Réflexions. — Je n'ai pas besoin d'insister ici sur la réalité de l'*endocardite rhumatismale,* puisqu'elle a été reconnue par M. Chomel lui-même et quelques-uns de ses élèves, malgré leur opiniâtre opposition contre la loi de coïncidence de l'endocardite avec un violent rhumatisme articulaire aigu

fébrile et généralisé. C'est là, sans contredit, un des faits les plus éclatans qui militent en faveur de cette loi.

J'ai deux mots à dire sur le traitement qui a été mis en usage dans ce cas. A l'époque où ce fait fut recueilli, on ne manqua point (qui le croirait?) de le publier pour montrer que la *nouvelle formule des émissions sanguines* n'était pas aussi efficace qu'on l'avait annoncé, et qu'elle pouvait même entraîner à sa suite de graves accidens et peut-être la mort.

Je ne sais si MM. Chomel, Grisolle et d'autres attribuent la mort de la précédente malade aux émissions sanguines qui ont été pratiquées. Mais ce que je sais parfaitement, c'est que les émissions sanguines, dans ce cas, n'ont pas été pratiquées conformément à la *nouvelle formule,* telle que je l'avais publiée et telle qu'on la trouvera exposée plus loin. Si donc la terminaison funeste devait être imputée dans ce cas aux saignées, ce que je laisse à décider à ceux qui les ont prescrites, que cette responsabilité pèse tout entière sur une formule qui n'est rien moins que la nôtre, mais non sur cette dernière qui, dans plus de deux cents cas du même genre, n'a jamais été suivie d'un pareil malheur, et qui l'aurait prévenu peut-être, si elle eût été bien appliquée, bien accommodée au cas actuel.

Passons à un nouveau cas d'endocardite rhumatismale non moins concluant que le précédent.

OBSERVATION XLI (1).—Rhumatisme articulaire aigu fébrile; vers le septième jour endo-péricardite, avec double bruit de soufflet. — Mort. — A l'ouverture du cadavre, masse de végétations fibrineuses sur une des valvules aortiques; ramollissement et perforation de cette valvule, etc.

SALLE SAINTE-JEANNE, n° 63 (HÔTEL-DIEU). Le nommé ***, âgé de 37 ans; corroyeur; malade depuis un jour; entré le 13 juillet 1839; mort le 24 août suivant.

(1) Je rédige cette observation d'après les notes qui m'ont été remises par M. Saussier, actuellement interne dans le service de M. Legroux (1839), et que je suis heureux de compter parmi les meilleurs élèves qui assistaient, il y a quelques années, à ma clinique. Que ce jeune confrère reçoive ici l'expression publique

D'une constitution assez forte, brun, pâle et sec, santé habituellement bonne.

Lorsqu'il fut examiné, le 15 juillet 1839, il éprouvait depuis deux jours ce qu'il appelait *un point de côté*. Ce jour-là, il existait aussi une douleur vive avec gonflement médiocre de tout le pied gauche, depuis les malléoles jusqu'aux orteils : la peau de ces parties était un peu luisante et rosée, et d'une température plus élevée que celle du reste du corps; mouvemens du pied très douloureux; la douleur de côté qui existait depuis deux jours siégeait au niveau de l'articulation sterno-claviculaire et dans la partie antérieure supérieure du côté droit; elle augmentait beaucoup au toucher, et l'articulation indiquée offrait une légère tuméfaction et un peu de rougeur qui se prolongeait vers la partie moyenne de la clavicule.

Rien au cœur; pouls à 90, assez fort et plein; peau chaude; la poitrine paraît être à l'état normal; langue blanche; soif vive; pas de céphalalgie; physionomie un peu souffrante et figure pâle.

Le 22 juillet, le gonflement et la douleur du pied avaient

de mes remercîmens pour l'intéressante observation qu'il m'a communiquée.

J'ajouterai que j'ai vu et examiné moi-même la valvule malade, dont on trouvera plus loin la description. Cette pièce fut montrée à mon savant collègue et ami, M. le professeur Lallemand, qui assistait à ma visite du 11 octobre 1839.

Peu de temps après (22 décembre 1839), j'ai vu une autre pièce fort analogue à celle qui me fut présentée par M. Saussier. Cette nouvelle pièce me fut apportée par M. Rivière, élève externe de mon service. Je l'examinai en présence de plusieurs élèves et de M. Leblanc, médecin vétérinaire des plus distingués, qui assistait alors à ma clinique. La face ventriculaire d'une des valvules aortiques était surchargée d'une masse fibrineuse grenue *comme un nid d'hirondelle*, friable, d'un blanc grisâtre, du volume d'une noisette. Au-dessous de cette masse, la valvule offrait une déchirure transversale, à bords irréguliers et frangés. Les valvules gauches étaient d'ailleurs généralement épaissies et comme parcheminées; des concrétions fibrineuses fermes adhéraient à l'intérieur du cœur.

Sur ma remarque qu'il y avait de *grandes probabilités* que l'individu, auquel avait appartenu le cœur que nous examinions, avait succombé à quelque violent rhumatisme articulaire, M. Rivière, en faveur de notre remarque, nous apprit qu'il avait trouvé des traces de vésicatoires sur quelques articulations. Le sujet paraissait âgé d'une quarantaine d'années.

disparu au moyen d'une saignée, de 30 sangsues et de cataplasmes. L'on n'avait rien encore découvert au cœur. Cependant il restait un peu de douleur dans le côté droit de la poitrine et la fièvre persistait.

Le 23, *on commence à entendre un double bruit de soufflet au cœur, depuis la pointe jusqu'à la base.*

Du 24 juillet au 10 août, le double bruit de soufflet *augmente d'intensité*, et les *battemens du cœur sont très forts;* depuis quelques jours, on remarque au premier temps du bruit anormal *une espèce de bourdonnement tirant un peu sur le bruit que fait une grosse mouche en volant.*

Un vésicatoire appliqué sur la région péricordiale n'ayant pas produit d'amélioration, on fit une *saignée* le 10 août, sans amendement notable.

Le 19, pouls à 84.

On emploie la *teinture de digitale, à la dose de vingt gouttes d'abord, puis de vingt-cinq.* Au bout de trois jours on la cesse parce que le pouls était monté successivement à 88-96.

Depuis huit jours environ le malade disait cracher du sang: on remarque, en effet, dans son crachoir, des crachats ramassés, uniformes, teints d'un sang noir, mêlé avec les mucosités.

Le 22, crachats nummulaires, opaques, teints d'un sang rouge-rutilant, expectorés au moyen d'un léger effort de toux; râle sous-crépitant peu abondant, fin, sous les clavicules et en bas en arrière des deux côtés de la poitrine; persistance de la fièvre, *avec pouls très fort; mêmes bruits du cœur;* la langue se sèche.

Saignée d'une palette.

Le 23, crachats encore sanglans, voix enrouée, douleur à la gorge, pouls à 92; pas de soulagement.

Le 24, le malade se plaint d'une forte dyspnée; râle muqueux abondant en avant (1).

(1) On n'examine pas la poitrine en arrière; on croit le malade atteint d'un accès de dyspnée, ordinaire dans les maladies du cœur et la phthisie, car on l'avait regardé comme étant atteint de tubercules.

On fait appliquer des *sinapismes*, et le soir le malade était mort.

Autopsie cadavérique le 25 au matin.

1° *Habitude extérieure.* L'embonpoint est encore assez notable et la constitution était loin d'être faible.

2° *Organes circulatoires et respiratoires.* Le péricarde contient quatre cuillerées de sérosité demi transparente, floconneuse, et le feuillet cardiaque est, en quelques points, tapissé d'une légère couche de matière analogue à celle des flocons. Le cœur ne paraît pas sensiblement augmenté de volume. Les cavités du cœur contiennent, en parties égales, du sang noir à demi coagulé et de la fibrine. *L'orifice aortique est en partie oblitéré par une tumeur développée sur la face ventriculaire de l'une des valvules sygmoïdes;* cet orifice, rétréci, laisse arriver dans le ventricule l'eau versée du côté de l'aorte. La tumeur indiquée a le volume d'une grosse noisette; excepté vers les angles, elle couvre la presque totalité de la valvule à laquelle elle adhère assez intimement. Elle présente à sa surface deux crevasses transversales profondes, qui communiquent avec une cavité dont elle est creusée, et par l'intermédiaire de cette cavité avec le sinus aortique correspondant : l'ouverture qui établit cette communication a deux lignes de diamètre et occupe le centre de la valvule (1). *La tumeur est formée d'une substance grisâtre, un peu rougeâtre dans quelques points, friable, et est manifestement constituée par de la fibrine sèche, à*

(1) On lit ici dans l'observation, telle qu'elle m'a été remise par M. Saussier, les réflexions suivantes : « Il résultait de cette disposition que la colonne « de sang, en passant du ventricule dans l'aorte, devait traverser en partie les « deux crevasses indiquées, avec lesquelles elle communique pour se rendre « dans le sinus de la valvule, laquelle devait être refoulée vers l'axe du vais- « seau, en même temps que la partie de la colonne sanguine qui suivait la « direction normale devait tendre à la redresser. Cette valvule, surmontée de « sa tumeur, devait donc offrir, pendant la systole du cœur, un certain degré « d'inclinaison vers l'axe du vaisseau; la colonne de sang, destinée à traverser « l'aorte, se divisait donc dans ce point, et de là une cause de bruit anormal. « *Rétrécissement d'orifice, multiplication d'ouvertures que le sang devait tra-*

demi organisée; c'est un caillot déjà ancien sollicité par l'inflammation valvulaire (1).

Sur sa face aortique et vers l'un de ses angles, *la valvule malade présente, le long de son bord adhérent, une très petite concrétion fibrineuse, analogue à celles qui constituent la tumeur.* Examinée avec un nouveau soin, cette valvule laisse voir deux perforations : l'une, à sa partie moyenne, arrondie et qui a été signalée plus haut, l'autre, située du côté du ventricule, où l'on trouve une petite *cavité oblongue pouvant contenir un haricot;* celle-ci, creusée dans le tissu musculaire, s'ouvre dans le ventricule par une fente oblongue, de trois lignes de longueur sur une ligne et demie de largeur, et bordée d'une rougeur légère. Cette fente est placée à gauche de la valvule; à droite de cette même valvule, existe une tache rouge de trois lignes de diamètre, au centre de laquelle on remarque une *petite ulcération arrondie,* pouvant loger une petite tête d'épingle. Le *tissu cellulaire sous-jacent,* dans l'épaisseur de deux à trois lignes, *est rouge et un peu ramolli.*

La valvule ainsi altérée conserve sa mobilité.

Les deux autres valvules, blanchâtres, un peu épaissies, sont parfaitement mobiles.

L'origine de l'aorte, à la base des sinus, *présente quelques taches jaunes, molles, minces, d'apparence purulente*, situées au-dessous de la tunique interne qui n'est point altérée.

Double épanchement de sérosité limpide dans la poitrine

« *verser pour arriver dans l'aorte; corps étranger placé sur le trajet de la*
« *colonne sanguine dont il rompt la continuité; valvule inclinée et soumise au*
« *frottement d'un double courant de sang*, telles sont les circonstances physi-
« ques anormales qui existaient à l'orifice aortique. »

(1) La tumeur dont il s'agit, examinée par moi, en présence de M. Lallemand et de plusieurs élèves, était une sorte de *choufleur fibrineux,* analogue à ceux que nous avons rencontrés déjà plusieurs fois à la suite d'une endocardite valvulaire encore assez récente. Ces sortes de cristallisations organiques sont probablement composées et d'un *secretum* ou noyau inflammatoire et d'un dépôt ou d'une précipitation de fibrine autour de ce noyau.

(un litre environ de chaque côté), occupant la partie postérieure, sans fausses membranes récentes ni coloration de la plèvre; en avant et latéralement, adhérences anciennes. Au sommet de chaque poumon, quelques granulations miliaires, opaques, les unes sans kystes, d'autres enkystées, constituées par une matière caséeuse à demi concrète; ces granulations sont rares, et le tissu pulmonaire est parfaitement perméable et crépitant; au sommet du poumon gauche existe de plus un froncement avec dépression très sensible, et opéré par une foule de brides qui pénètrent dans une profondeur d'un pouce, et s'insèrent au sein du tissu pulmonaire sur une espèce de noyau allongé du volume d'un tuyau de plume; du reste point de caverne dans cet endroit où les granulations sont mêmes plus rares que dans le point correspondant de l'autre poumon (1).

Il existe dans l'abdomen un peu de sérosité transparente.

La tête n'a point été examinée.

Réflexions. — Que serait-il advenu si le malade eût été soumis à l'emploi de la nouvelle formule des émissions sanguines bien accommodée à ce cas particulier?... La persistance de la fièvre après la disparition de l'affection articulaire doit porter à croire que l'endocardite existait déjà avant l'époque où le double bruit de soufflet a été noté pour la première fois. Cette fièvre aurait été pour nous une indication suffisante d'insister encore sur les émissions sanguines. Il est vrai que si le malade eût guéri, sans avoir offert les signes observés plus tard, certains médecins auraient nié l'existence d'une endocardite dans ce cas, comme ils nient l'existence d'une fièvre typhoïde chez les sujets guéris avant l'époque où se développent les signes les plus graves de cette maladie. Plut à Dieu que cette logique ne tournât jamais au détriment des malades! Malheureusement il n'en est pas ainsi, comme pourront s'en assurer tous ceux qui étudieront de bonne foi

(1) Il est bien évident que les granulations rares et anciennes, trouvées au sommet des poumons, n'ont exercé aucune influence sérieuse sur la marche de la maladie à laquelle a succombé le sujet de cette observation, et qu'elles ne sont intervenues en rien dans les accidens qui ont entraîné la mort.

et avec tout le soin nécessaire, la question qui nous occupe.

SECONDE SÉRIE. — Cas dans lesquels l'autopsie cadavérique a fait constater diverses lésions organiques du cœur, suites d'une ancienne endocardite ou péricardite coïncidant avec un rhumatisme articulaire.

Cette série comprend quatre cas : ils ont été disposés de telle sorte que le premier établit une sorte de transition naturelle entre les derniers et ceux de la précédente série. Le sujet de ce premier cas, en effet, succomba moins de cinq mois après une violente attaque de rhumatisme articulaire aigu, c'est-à-dire à une époque où la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec ce rhumatisme était pour ainsi dire encore flagrante. Chez les trois autres sujets, au contraire, il s'était écoulé un intervalle de plusieurs années entre les premières attaques d'un rhumatisme articulaire et les *lésions organiques* du cœur démontrées par l'examen cadavérique. J'ajouterai qu'un de ces cas (observ. XLIII) tient à-la-fois à la première série et à la seconde, et qu'on y trouve des lésions du cœur correspondantes à une attaque récente de rhumatisme et d'autres consécutives à une attaque ancienne.

OBSERVATION XLII. — Hypertrophie considérable du cœur (14 à 16 onces) avec épaississement, induration des valvules gauches ; le tout suite d'une endo-péricardite rhumatismale.—*Casus insanabilis.* — Mort. — A l'ouverture du corps, cœur hypertrophié, pesant 14 onces, ainsi que cela avait été diagnostiqué approximativement ; adhérence générale du péricarde au cœur par un tissu cellulo-fibreux ; épaississement fibreux ou fibro-cartilagineux et végétations cornées des valvules gauches, etc.

SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU, n° 20. Le nommé Caillier (Jean-Louis), âgé de seize ans, tailleur, rue Saint-Marc, n. 23, malade depuis quatre mois, entré le 24 juin 1839, mort le 3 juillet suivant.

D'une constitution détériorée, d'un tempérament lymphatique ; arrivé à Paris depuis quatre ans.

Il y a un an, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire occupant particulièrement les deux genoux, et qui, traité seulement par des lotions avec de l'alcool camphré, le retint au lit pendant quinze jours, après quoi il put, dit-il, continuer ses occupations.

Il y a quatre mois, il a été pris d'un nouveau rhumatisme articulaire aigu, occupant la plupart des articulations des membres supérieurs et inférieurs, pour lequel il entra à l'hôpital Beaujon (le 28 février 1839). M. Jules Pelletan, dans le service duquel il fut placé, constata de la *matité dans la région précordiale, des battemens tumultueux du cœur accompagnés d'un bruit de soufflet râpeux.* La maladie ne datait alors que de trois jours.—Des saignées générales et locales pratiquées coup sur coup, un vésicatoire sur la région précordiale, et la digitale furent successivement employés. Le 26 mars, toutes les douleurs avaient disparu, et le malade, qui voulait reprendre ses occupations, demanda et obtint sa sortie. *Le pouls battait encore* 92 *fois par minute; le bruit de soufflet râpeux persistait ainsi que la matité de la région précordiale où l'on sentait par l'application de la main un frémissement vibratoire.*

Au bout de quelques jours, l'oppression et les palpitations de cœur augmentèrent au point que le malade fut obligé de cesser ses occupations.

Examen des 24 et 25 *juin.* Visage pâle, bouffi; pas d'infiltration notable des membres inférieurs; *voussure très marquée de la région précordiale, qui marque* 15 *au cyrtomètre, tandis que la région correspondante droite ne donne que* 12; *les battemens du cœur soulèvent fortement la région précordiale ainsi que la région du creux de l'estomac; la pointe de cet organe bat dans le sixième espace intercostal qui est élargi ainsi que le cinquième; pas de frémissement vibratoire notable; dans la région des cavités gauches, le claquement valvulaire est presque entièrement absorbé par un double bruit de souffle râpeux, lequel se fait entendre dans toute la partie antérieure de la poitrine, dans toute la longueur de l'aorte, et jusqu'à la partie postérieure de la poitrine où il est très distinct; dans la région des cavités droites, le premier bruit est couvert par le souffle râpeux indiqué, tandis que le second consiste en un claquement fort, sec et parcheminé; l'étendue de la matité précordiale est de* 3 *pouces* 9 *à* 10 *lignes verticalement, et de* 4 *pouces transversalement. Les battemens du cœur, quoique préci-*

pités (108 à 112), *sont réguliers et frappent durement la main qui les explore; ils soulèvent aussi fortement la tête appliquée sur la région précordiale; au niveau de l'orifice aortique, les doigts semblent sentir le jeu des valvules; le pouls, à* 108-112, *est assez étroit, plutôt mou que dur, mais un peu vibrant, ce qui contraste avec la pâleur anémique et l'amaigrissement du sujet.*

La résonnance et la respiration sont bonnes en avant et en arrière, si ce n'est qu'on entend un peu de crépitation à la partie inférieure des deux poumons, surtout à droite, crépitation qui tient très probablement à un état œdémateux de ces organes.

Prescription. *Cautère de* 15 *lignes de diamètre sur la région précordiale; poudre de digitale* 4 *grains; deux tasses de bouillon, deux potages* (1).

26 et 27. On constate les phénomènes déjà indiqués du côté du cœur.

Le malade est mis au huitième de la portion.

28. Orthopnée, étouffement imminent, bouffissure et lividité du visage; battemens du cœur plus fréquens et tumultueux. Ces accidens nous déterminent à prescrire une *saignée de deux palettes; cataplasmes sinapisés aux cuisses; deux bouillons.*

29. Soulagement, respiration plus libre; un peu de sommeil ce matin.

Le caillot de la saignée offre une surface veloutée; il est sans couenne et demi glutineux; la proportion de sérosité est plus forte qu'à l'état normal.

1er juillet. Retour de l'essoufflement au point que le malade est obligé de rester assis pour respirer; les battemens du cœur contrastent toujours par leur force et leur étendue avec la petitesse et l'étroitesse du pouls qui est d'ailleurs régulier, à 92-96; persistance des bruits du cœur déjà notés.

2. Continuation de l'orthopnée avec anxiété et agitation; *battemens du cœur toujours forts, accompagés du souffle*

(1) L'état anémique ne comportait pas alors l'emploi des émissions sanguines.

râpeux indiqué et d'un frémissement vibratoire distinct.

Vésicatoire camphré sur la région précordiale, cataplasmes sinapisés à la plante des pieds.

3. Mort sur les six heures du matin.

Autopsie cadavérique vingt-sept heures après la mort.

1° *Habitude extérieure.* Bouffissure de la face très marquée, lèvres livides, gonflées comme dans l'asphyxie; pas d'infiltration notable des membres inférieurs.

2° *Organes respiratoires et circulatoires.* A l'ouverture de la poitrine, il s'est écoulé une petite quantité de sérosité; les poumons et le cœur remplissent assez exactement cette cavité. Quelques adhérences cellulo-fibreuses entre le poumon gauche et la plèvre correspondante; cet organe a moins de souplesse que dans l'état normal, ce qui tient à l'état œdémateux qu'il présente : la sérosité ruisselle abondamment par la pression à la surface des incisions qu'on y pratique; la congestion séreuse est surtout considérable vers le bord postérieur. Quelques adhérences au sommet du poumon droit et dans les scissures interlobaires; ce poumon est un peu moins pesant et moins œdémateux que l'autre. Tous les deux surnagent l'eau dans laquelle ils sont plongés, soit en masse, soit en fragmens.

Le cœur remplit toute la partie moyenne de la poitrine, refoulant à droite et à gauche les poumons; il présente une forme arrondie, globuleuse, ovoïde, ayant sa base tournée en haut et à droite et sa pointe mousse à gauche et en bas; il est à découvert dans l'espace de six pouces transversalement et verticalement. Entre le péricarde et le poumon droit on trouve un kyste d'un volume d'un petit œuf, fortement adhérent à ce péricarde et rempli d'un liquide transparent, incolore comme celui contenu dans une poche hydatique. *Généralement injecté et épaissi, le péricarde adhère de toutes parts au cœur par le moyen d'un tissu cellulo-fibreux, difficile à rompre, infiltré d'une sérosité un peu rougeâtre. Après la séparation des feuillets opposés du péricarde, la surface du cœur est rude, inégale, et comme hérissée d'un tissu cellulaire tomenteux, rouge; vers l'origine des gros vaisseaux on observe de petites masses hy-*

datiques. La surface du feuillet pariétal du péricarde est injectée et hérissée de masses de tissu cellulaire infiltré et spongieux.

A la section des gros vaisseaux, il s'écoule une énorme quantité de sang, en partie liquide, en partie formé de caillots noirâtres, de consistance de gelée de groseille. Toutefois après cet écoulement, il reste encore des caillots dans les cavités droites, les uns noirs, les autres décolorés, fibrineux, médiocrement adhérens et entortillés autour de la valvule tricuspide. *La cavité du ventricule droit est un peu dilatée; les parois de ce ventricule, hypertrophiées, ont trois lignes d'épaisseur à la base : la cavité de l'oreillette droite est dilatée dans une proportion plus considérable que celle du ventricule et ses parois sont aussi hypertrophiées; les valvules pulmonaires, bien conformées, sont très légèrement épaissies. La valvule tricuspide est bien conformée, mais évidemment épaissie, hypertrophiée. La circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire droit est de 4 pouces 2 lignes ; celle de l'orifice pulmonaire est de 3 pouces ;* aucune imbibition de l'endocarde droit ni de la membrane interne de l'artère pulmonaire. La substance musculaire du ventricule et de l'oreillette droits est plus vermeille et plus ferme qu'à l'état normal.

De l'eau versée dans l'aorte du côté du cœur ne tarde pas à refluer après avoir rapproché les valvules aortiques l'une de l'autre (elles sont suffisantes). *La cavité du ventricule gauche a presque doublé de capacité ; la circonférence de l'orifice aortique est de 2 pouces 8 à 10 lignes ; les valvules de cet orifice sont d'un beau rouge vermeil qui tranche sur la blancheur de l'aorte; elles sont évidemment épaissies, hypertrophiées, et par suite opaques au lieu d'être transparentes comme à l'état normal, mais bien conformées ; la valvule bicuspide est bien plus hypertrophiée encore ; elle a plus que doublé d'épaisseur en même temps que sa surface est plus étendue ; vers son bord libre elle est parsemée et comme hérissée de petites masses grenues, groupées en manière de choufleurs ou de poireaux vénériens ; tout le long de ce bord, les petites excroissances s'étendent au point*

d'insertion des tendons valvulaires ; le tissu de la valvule, devenu fibreux, craque sous la pression du doigt presque à l'instar du parchemin ; vers l'un des angles de la valvule, et du côté de l'oreillette, on observe une petite dépression d'une ligne de diamètre, et qui paraît être une ulcération cicatrisée. Les colonnes charnues qui fournissent les tendons valvulaires ont subi une transformation tendineuse à leur extrémité voisine de la valvule. La circonférence de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est de 4 pouces 4 à 5 lignes. L'épaisseur des parois du ventricule gauche à la base est de 8 à 9 lignes ; les parois de l'oreillette gauche sont hypertrophiées dans la même proportion quec elles du ventricule. L'endocarde gauche offre une teinte opaline vers l'orifice aortique et dans son voisinage ; il est épaissi dans toute l'étendue de l'oreillette gauche où il offre une certaine opacité en même temps que le tissu cellulaire sous-jacent est ferme, dense, serré. La substance musculaire du ventricule gauche, un peu moins vermeille et moins ferme que celle du droit, semble avoir éprouvé un commencement de ramollissement. En séparant les diverses couches dont ce ventricule est composé, ce qui est assez facile en raison de la perte de cohésion ou du ramollissement sensible du tissu cellulaire interposé, on obtient des surfaces d'un rouge un peu brun, et d'où s'écoulent des gouttelettes de sang.

Le cœur, débarrassé de ses caillots et bien lavé, pèse 408 grammes ou environ 14 onces.

L'aorte contient un peu de sang liquide ; sa membrane interne est d'un blanc parfait, sans taches ni épaississement. — La veine cave inférieure contient aussi du sang liquide et sa membrane interne est également d'un blanc net.

3° *Organes digestifs et annexes.* Il s'écoule une quantité assez considérable de sérosité à l'ouverture de la cavité abdominale.

La membrane muqueuse de l'estomac est grisâtre, mais sans altération notable dans sa consistance. Rien de notable non plus pour les intestins.

La rate, petite, offre une plaque fibreuse peu étendue

vers l'une de ses extrémités ; sa substance est un peu molle.

Le foie présente un volume d'environ un quart plus considérable qu'à l'état normal; il offre quelques adhérences vers son bord supérieur; son tissu est gorgé d'un sang liquide, et fortement marbré de rouge, ce qui lui donne l'apparence d'un granit nuancé de la même couleur; il se déchire assez facilement à la pression du doigt. Quelques caillots noirâtres s'écoulent des divisions de la veine porte.

Les reins, plutôt un peu petits que gros, ont une bonne consistance, et n'offrent point de granulations. Le rein droit est sensiblement plus rouge et plus injecté que le gauche qui est même un peu *anémié*.

OBSERVATION XLIII. — Rhumatisme articulaire aigu chez un sujet affecté de la même maladie trois ans auparavant; hémiplégie droite dans le cours du dernier rhumatisme. — Mort. — Ouverture du corps. Adhérences du péricarde au cœur, en partie encore molles, amorphes, en partie celluleuses; épaississement hypertrophique des valvules gauches; végétations cornées, verruqueuses sur la valvule bicuspide, etc. — Ramollissement bien caractérisé à l'union du lobe postérieur gauche du cerveau avec le lobe moyen correspondant, etc.

SALLE DES HOMMES, n° 13. Latouche, âgé de trente-cinq ans et demi, cocher, rue faubourg Saint-Martin, 64, malade depuis quatre jours, entré le 26 novembre 1835, mort le 7 janvier 1836.

D'une constitution très forte, pléthorique; cheveux châtains, peau blanche.

Né de parens qui ne paraissent pas avoir eu de rhumatisme, il se livre de temps en temps à des excès de régime.

Il y a trois ans, il fut placé une première fois dans notre service pour un rhumatisme articulaire aigu, intense, et il y séjourna trois mois et demi, ayant été saigné huit fois, mais non coup sur coup.

Quatre jours avant sa dernière entrée, il a été pris d'un nouveau rhumatisme occupant les lombes, les reins et les deux genoux.

Il n'a fait aucun traitement chez lui.

26 *au soir et* 27 *au matin*. Les genoux sont très doulou-

reux, ce qui empêche les mouvemens; ils sont gonflés, et leur circonférence est de 13 pouces 5 lignes pour le droit et de 13 pouces pour le gauche; peau chaude, sudorale; *bruits du cœur secs, forts, parcheminés et comme éclatans à gauche.*

Saignée de 5 palettes le matin et de 3 palettes le soir; ventouses scarifiées aux genoux 3 palettes (1); *cataplasmes; violette édulcorée; lavement.*

28. Le malade a éprouvé, à la suite des sangsues, un état syncopal et a vomi; ce matin son visage est pâle et la température des extrémités diminuée; il est survenu une *paralysie du mouvement dans le côté droit, avec conservation du sentiment* dans les mêmes parties; pouls à 108, petit.

Le caillot des deux saignées est recouvert d'une couenne épaisse, dense, analogue à la peau de chamois.

Même prescription moins les saignées.

29. Diminution considérable du rhumatisme des genoux (la circonférence du gauche n'est plus que de 12 pouces 6 lignes et celle du droit de 13 pouces); *persistance de l'hémiplégie avec forte déviation de la bouche à gauche, et demi occlusion de l'œil gauche;* pouls à 92, ferme et dur.

Sinapismes; un bouillon.

30. Le malade se découvre à chaque instant et s'est enrhumé; les articulations sont en bon état; *pas de contracture notable des membres paralysés; bouche moins déviée,* parole conservée; pouls à 96.

1er et 2 décembre. *Occlusion de l'œil gauche; quelques fourmillemens et de la raideur dans le bras paralysé;* le malade remue bien la langue; il peut siffler; il voit bien des deux yeux; quelques hallucinations par intervalles; alors il ne sait pas où il est, et on observe un peu d'incohérence dans les idées; pouls à 100.

Looch avec thridace; bouillon; un biscuit avec eau rougie (le 2 on donne un grain d'émétique dans un pot de bouillon de veau).

3, 4, 5 et 6. Amaigrissement notable; selles liquides ren-

(1) Au lieu des ventouses, on appliqua 60 sangsues aux genoux.

dues dans le lit; *crampes dans les membres paralysés;* immobilité du membre inférieur et léger mouvement volontaire dans le supérieur; la langue se sèche; soif vive; haleine fétide; pouls de 84 à 92.

Eau de riz, sirop de coing; lavement avec amidon; bouillon et soupe.

7, 8 et 9. Fourmillemens douloureux dans le côté paralysé; les selles sont rendues dans le lit, toujours diarrhéiques; pouls à 116-120.

10 et 11. Peu de changement.

12 et 13. D'énormes eschares sont constatées à la cuisse et au sacrum.

Chlorure et quinquina pour pansement.

14, 15 et 16. Le malade exhale une odeur gangréneuse des plus fétides; par intervalle, un peu de vague dans les idées; délire calme.

17, 18, 19 et 20. Les eschares sont détachés; la diarrhée a diminué; la langue est rouge; le pouls à 120, assez fort.

21. On découvre un épanchement à la partie inférieure du côté gauche de la poitrine (matité; souffle bronchique; égophonie).

Un vésicatoire sur le côté malade.

Les jours suivans, les eschares augmentent en étendue et en profondeur; la paralysie persiste; la faiblesse fait des progrès continuels, et le malade s'éteint le 7 janvier 1836, à neuf heures du matin.

Autopsie cadavérique, vingt-quatre heures après la mort.

Organes circulatoires et respiratoires. Adhérences du *feuillet pariétal* du péricarde avec le feuillet cardiaque : *en quelques points des adhérences ont lieu au moyen d'une matière molle, glutineuse, amorphe;* partout ailleurs, elles sont constituées par du tissu cellulaire bien organisé ou du tissu cellulo-fibreux; belle injection avec arborisation et rougeur foncée de la surface du cœur. Cet organe est bien conformé, bien proportionné, mais il participe un peu de l'émaciation générale. Les cavités droites contiennent des concrétions fibrineuses développées avant la mort; les valvules droites sont à l'état normal.

Les valvules aortiques ont plus que doublé d'épaisseur, mais sont d'ailleurs bien conformées; même hypertrophie de la valvule bicuspide; celle-ci est également bien conformée, si ce n'est qu'elle s'est un peu rétractée en s'épaississant; elle a une teinte légèrement opaline, et elle est parsemée, surtout à sa face oriculaire, de végétations cornées, cartilagineuses, analogues à de petites verrues, de la grosseur d'un grain de millet ou de chenevis (ces végétations sont évidemment de date très ancienne, et leur première origine remonte très probablement à une endocardite coïncidant avec la première attaque de rhumatisme); les tendons de la valvule bicuspide, hypertrophiés comme elle, sont raccourcis, en sorte que le sommet des colonnes charnues qui les fournissent est très rapproché de la valvule. (1)

Centres nerveux. Épanchement considérable de sérosité à la base du crâne; infiltration et opacité des méninges, de la pie-mère surtout, avec injection capillaire, principalement dans les deux tiers postérieurs de l'hémisphère gauche. Dans cette étendue, la substance cérébrale, dépouillée de ses membranes, est légèrement grenue à sa surface, et fortement ramollie, *ce qui lui donne de la ressemblance, sous le rapport de sa consistance, avec une poire pourrie;* cette espèce de *pulpe* est d'un jaune sale et s'écrase sous la moindre pression; le *ramollissement* s'étend à une profondeur de deux pouces, devenant de plus en plus prononcé, et se transformant en un foyer de *matière crêmeuse* à l'union du lobe postérieur avec le lobe moyen. Ce foyer pourrait contenir un petit œuf de poule; on le poursuit dans presque toute l'étendue du lobe moyen, et il ne se termine que vers la scissure de Sylvius; la partie antérieure du corps strié est saine; un petit foyer de ramollissement existe dans la partie postérieure.

Réflexions. — Ce malade est l'un des premiers, le premier

(1) Par une omission que je ne puis m'expliquer aujourd'hui, il n'est fait aucune mention de l'état de la plèvre et des poumons dans les notes qui m'ont été remises pour la rédaction de cette observation. J'avais noté moi-même ce qui est relatif à l'état du cœur.

réellement, si je ne me trompe, qui m'ait mis sur la voie de la découverte de la loi de coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu (endocardite rhumatismale). En effet, ayant ausculté les bruits du cœur chez ce malade, à une époque où il ne restait plus rien du rhumatisme articulaire aigu dont il avait été affecté, je ne fus pas médiocrement surpris de trouver un très beau bruit de soufflet, tel que je l'avais rencontré si souvent dans les cas de *lésion organique* des valvules avec un certain rétrécissement des orifices du cœur. La santé *parfaite* dont jouissait le malade avant le développement de son rhumatisme ne permettait pas de soupçonner chez lui la préexistence de la lésion organique des valvules dont je viens de parler.

Quoi qu'il en soit, profondément frappé de l'existence du bruit de soufflet du cœur chez quelques autres sujets convalescens ou déjà bien guéris d'un rhumatisme articulaire aigu, ce fut alors que je résolus d'explorer attentivement et minutieusement le cœur chez tous les individus atteints d'une pareille maladie, et de cette exploration naquit, non sans peine, la découverte de la loi de coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu telle qu'elle a été formulée plus haut.

OBSERVATION XLIV. — **Jeune homme de vingt-trois ans. — Plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. — Bruit de frottement péricardique et bruit de soufflet du cœur, etc. — Mort. — Plaques laiteuses sur le péricarde; épaississement, cartilaginification, insuffisance des valvules aortiques, etc.**

Le 2 septembre 1835, M. Bouvier me montra un *rhumatisant,* d'environ vingt-cinq ans, placé dans son service depuis une quinzaine de jours (*il était à la demie d'alimens* le jour où je le vis).

Nous constatâmes ce qui suit:

Légère voussure de la région précordiale, laquelle rend un son mat dans une étendue d'environ quatre pouces transversalement et verticalement; double bruit de soufflet très fort, qui, vers la pointe du cœur, était accompagné d'un bruit de frottement péricardique très sec et un peu CRIARD; *le double bruit de soufflet proprement dit avait son maxi-*

mum d'intensité vers la région de l'orifice aortique (partie moyenne du sternum); et là, pendant la diastole du cœur, le bruit de soufflet paraissait produit par une véritable aspiration.

Pouls *bis feriens ou dicrote* (1); à l'échancrure du sternum, la crosse de l'aorte présentait, de la manière la plus évidente, le double mouvement que j'avais senti en palpant la radiale.

Ce remarquable caractère du pouls, chez un individu dont les mouvemens du cœur étaient accompagnés de bruit de soufflet, par suite d'une endocardite rhumatismale (avec lésion *organique* des valvules gauches), fixa vivement notre attention. Ne serait-il pas possible que, chez ce malade, il s'opérât, pendant la diastole du ventricule gauche, une sorte d'*aspiration* d'une certaine portion du sang contenu dans l'aorte, aspiration que permettrait l'*insuffisance* des valvules aortiques? Cette hypothèse est d'autant plus probable, que, comme nous l'avons noté, le bruit de soufflet qu'on entend à son maximum d'intensité dans la région correspondante à l'orifice aortique, donne, pendant la diastole ventriculaire l'idée d'un bruit réel d'*aspiration* (2). Dans ce cas d'*insuffisance* des valvules aortiques, on observerait pendant la diastole du ventricule gauche et la systole de l'aorte, un *reflux* du sang dans ce ventricule, comme on observe un reflux dans l'oreillette droite et dans les veines voisines, par suite de l'insuffisance de la valvule tricuspide, phénomène connu sous le nom de *pouls veineux*.

Le sujet de cette observation finit par succomber, et je vais compléter son histoire par les détails suivans que je trouve dans la thèse de M. Charcelay-la-Place sur l'*insuffisance des valvules,* etc.

Deslandes (Jean), âgé de vingt-trois ans, broyeur de couleur, d'un tempérament lymphatique, peu robuste, est entré

(1) J'ai, depuis quelques années, rencontré très souvent le pouls redoublé ou *bis feriens,* dans des cas qu'il n'est pas de mon objet de préciser, mais jamais, peut-être, mieux caractérisé que dans le cas actuel.

(2) On verra plus bas que cette hypothèse était la vérité même, et que notre diagnostic avait été d'une exactitude en quelque sorte mathématique.

le 21 août 1835 à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rullier, alors remplacé par M. Bouvier. Il rapporte que, de huit à seize ans, il a eu trois attaques de rhumatisme articulaire aigu contre lequel, à chaque fois, on a employé la saignée. Il y a sept ans, fièvre tierce qui a duré trois semaines; peu de temps après même fièvre, même durée : jamais aucune autre maladie *ni palpitations*. Enfin, il y a huit jours, sans cause connue, il a été pris de douleurs dans les reins, puis dans les pieds (pas de traitement avant son entrée).

22 août. Douleurs intolérables du poignet gauche et des articulations tibio-tarsiennes; peau chaude, sèche; pouls fort, lent (à 56), irrégulier, avec frémissement cataire dans la radiale, l'humérale et la carotide droites; *peu de matité dans la région précordiale,* et double bruit de souffle dans une assez grande étendue, le premier se prolongeant dans les carotides; battemens de cœur, anxiété, lipothymies, dyspnée; soif vive.

Saignée, bourr. miell., etc.

Du 23 août au 2 septembre, un peu de mieux; moins d'anxiété; douleurs des articulations plus supportables; légère hydarthrose du genou gauche; pouls à 48, un peu irrégulier, *dicrote,* vibrant, fort, énergique; *pouls veineux de la jugulaire externe, surtout pendant les efforts prolongés, coïncidant avec la contraction ventriculaire;* PEU DE MATITÉ A LA RÉGION PRÉCORDIALE; toujours double bruit de souffle; le premier s'entend surtout à la pointe du cœur, et c'est plutôt un bruit de frottement qui ressemble beaucoup au bruit de rabot avec sifflement; le second bruit, que l'on perçoit à la base du cœur, est un vrai bruit de souffle, mais léger, fin, quoique assez prolongé, paraissant produit par une véritable aspiration.

M. Bouillaud, à qui M. Bouvier montra ce malade (2 septembre), fait mention de ce cas dans son Traité du rhumatisme articulaire aigu, page 45.

Deuxième saignée; chiend. tartar., pot. gom.; lavem. émoll.; bain; bouillon.

Du 3 au 8 septembre, recrudescence; céphalalgie, peau

chaude; pouls fréquent, énergique, dicrote (la double pulsation est très perceptible à la vue et au toucher sur les artères du cou et des membres supérieurs); toujours deux bruits anormaux à la région précordiale, où ils sont perçus dans une grande étendue; douleurs précordiale et rénale.

Troisième, quatrième et cinquième saignées (le sang toujours couenneux, excepté à la seconde); *pot. gomm. digit.; lav. purgatif, catapl. émoll.* (pas de selles depuis trois jours).

9. Peu de douleurs aux jointures, et *vers le cœur peu de matité précordiale :* toujours double bruit anormal, le premier avec ronflement, le second se prolongeant dans l'aorte.

Du 15 au 25, redoublement fébrile le soir; peau chaude, moite, visage animé; pouls *lent,* dur, plein, vibrant; frémissement cataire, et bruit de souffle dans la carotide et la sous-clavière droites; rien à gauche; léger œdème des membres inférieurs et diarrhée (*on suspend la digitale; riz gom., coing; chiend.-till. tartarisé; pot. gomm.; bouillon, lait*).

16 octobre. Face pâle, anémique; pouls à 40; le bruit de souffle est moins fort, s'entend dans les deux sous-clavières, et est plus marqué après le deuxième qu'après le premier bruit (*petit lait, tamarin; huile ricin* ℥ ij; *pot. gomm. acét. de potasse, oxymel; frict. teint. de digit.; une pil. sous-carb. potasse, sulf. de fer, āā* ℥ ß; *pil. n° 48*).

3 novembre. Pouls un *peu fréquent*, pas de selles; un peu de fluctuation abdominale; pleurésie avec épanchement du côté gauche (matité, égophonie); même état du cœur; urines rares, chargées, peu d'œdème des jambes.

Vésicat. côté gauche, diurétiques, etc.

23 novembre. Peau chaude, sèche; pouls *fréquent,* dur, vibrant; diarrhée; mêmes symptômes vers la poitrine; l'épanchement augmente, le cœur est refoulé à droite; douleurs générales, des membres supérieurs surtout; amaigrissement.

Le malade succombe le 15 décembre.

Autopsie cadavérique, vingt-quatre heures après la mort.

1° *Habitude extérieure.* Maigreur, petitesse des membres, peau pâle;

2° *Thorax.* A gauche, pleurésie hémorrhagique (environ un litre et demi d'un liquide sanguin sans flocons ni caillots): poumon gauche refoulé contre la colonne vertébrale et réduit à une fois et demi le volume du poing.

Pas de sérosité dans le péricarde; cœur *un peu volumineux;* à sa surface externe quelques plaques blanches, opalines, fibro-celluleuses, paraissant peu anciennes; *léger anévrisme actif du cœur gauche surtout;* valvules sygmoïdes pulmonaires, saines; *la tricuspide un peu blanche, opaline, épaissie*, est plus résistante, la mitrale *idem.*

Valvules sigmoïdes aortiques, dures, épaisses, fibro-cartilagineuses, racornies, rigides, tendues en manière de cordes, l'antérieure surtout : elles ne peuvent retenir l'eau que l'on verse dans l'aorte. Cette artère est saine, peut-être un peu dilatée.

3° *Abdomen et tête.* Environ un litre de sérosité dans l'abdomen; *les différens organes de cette cavité sont à l'état normal?* cerveau sain.

Réflexions. — On voit que notre diagnostic se trouve parfaitement justifié par les résultats de l'autopsie cadavérique.

Les plaques du péricarde sont les restes de la péricardite qui avait été accompagnée d'un bruit de frottement que nous distinguâmes positivement du bruit de soufflet du cœur, lequel bruit de soufflet se passait bien d'ailleurs, comme nous l'avions annoncé, dans l'orifice aortique.

OBSERVATION XLV. — Homme de trente-sept ans. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé; matité, bruit de souffle, de râpe ou de scie dans la région précordiale. — Persistance du bruit de souffle après la disparition de tous les autres symptômes et lorsque le malade mange déjà la demie. — Plus tard, symptômes de maladie organique du cœur. — Rentrée à l'hôpital : bruit de soufflet dans la région du cœur; hydropisie; étouffemens, etc. — Mort. — Ouverture du corps. — Épaississement, induration cartilagineuse de la valvule mitrale avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; hypertrophie du cœur, etc.

François Bailli, âgé de trente-sept ans, palefrenier, d'une forte constitution, fut admis à la Clinique (n. 4, salle Saint-

Jean-de-Dieu), le 8 novembre 1834. Cinq mois auparavant, il avait eu, disait-il, une *fluxion de poitrine* pour laquelle il fut saigné trois fois.

A la suite de cette maladie, il éprouva des douleurs de rhumatisme, qu'il attribuait aux alternatives de chaud et de froid auxquelles il est souvent exposé (ces douleurs furent combattues *par les sudorifiques*).

Le malade était à peine en état de marcher, qu'une nouvelle affection du même genre se déclara, et c'est pour en être traité qu'il est venu à l'hôpital (1).

Le rhumatisme occupe cette fois, et les membres supérieurs et les membres inférieurs, mais particulièrement les genoux, les coudes et les articulations des deux mains.

Une fièvre très vive accompagne la fluxion inflammatoire des articulations; le pouls est fort, régulier, à 82-88.

La région précordiale n'est pas notablement douloureuse; elle rend un son mat dans une étendue de deux pouces en travers et verticalement; on y entend très distinctement un bruit de frottement superficiel, plus marqué dans la région des cavités droites.

Diagnostic. *Rhumatisme articulaire aigu compliqué de péricardite* (2).

Trois saignées de trois à quatre palettes, l'application de ventouses scarifiées sur la région précordiale (deux palettes) (3), plus tard un vésicatoire sur la même région, et

(1) Je regrette de ne pas trouver mentionnée sur le cahier d'observations la date précise de cette dernière attaque. Ce défaut de précision et de détails n'est pas le seul qu'on rencontre dans cette observation, recueillie à une époque où je n'avais pas encore pris le parti de dicter moi-même les observations.

(2) Il existait une endocardite, comme l'ont démontré les accidens ultérieurs et les résultats de l'autopsie cadavérique. Mais à l'époque où cette observation fut recueillie, je ne faisais encore qu'entrevoir la coïncidence de l'endocardite avec le rhumatisme articulaire aigu généralisé, et je n'avais pas encore bien observé tous les signes propres à fournir les bases d'un diagnostic solide.

(3) L'expérience la plus répétée m'a démontré depuis que, dans les cas comme celui-ci, cette dose de sang ne suffit pas pour une *entière* guérison. D'ailleurs, je ne rapprochais pas alors assez les saignées les unes des autres.

l'administration de la digitale, amenèrent une *complète* guérison (1).

Il existait encore un souffle marqué, lorsque déjà tous les autres symptômes avaient *complètement* cessé (2), et que le malade mangeait la demie.

Mais les bruits du cœur étaient revenus *presque complètement* à l'état normal (3), lorsque le malade sortit de l'hôpital, le 15 décembre, cinq semaines après son entrée.

Le 21 décembre 1837, c'est-à-dire environ trois ans après sa sortie, ce malade fut admis de nouveau à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Andral. M. Félix d'Arcet, alors interne de ce service, eut la complaisance de me parler de ce malade, qu'il savait avoir été placé antérieurement dans mes salles, et c'est d'après les notes qu'il a recueillies avec soin, que je vais achever cette observation.

Pendant les quatre premiers mois qui suivirent sa sortie de nos salles, son rétablissement ne fut pas complet, en sorte qu'il ne put se livrer qu'avec peine au travail.

En novembre 1836, à la suite d'un refroidissement, attaque de dyspnée et palpitations, qui depuis ont toujours persisté à un degré plus ou moins fort.

Je laisse maintenant M. F. d'Arcet raconter le reste de l'observation :

« Cet hiver (1837), à la suite d'une attaque de dyspnée qui épouvanta ses voisins, François Bailli fut transporté à la Cha-

On aurait dû noter ici l'espace de temps dans lequel les saignées furent pratiquées.

(1) Du rhumatisme extérieur, bien entendu. On a encore omis d'indiquer la durée totale de la maladie, mais je me rappelle que le malade n'entra réellement en convalescence qu'après le troisième septénaire.

(2) On le voit, il existait un *bruit de souffle au cœur*, lorsque *tous* les autres symptômes avaient *complètement* disparu. Voilà précisément encore le phénomène qui frappa si vivement mon attention dans les cas de ce genre, et qui me mit, pour ainsi dire, sur les traces de l'endocardite rhumatismale.

(3) *Presque complètement:* c'est une formule qui signifie qu'il existait encore un bruit de soufflet, mais moins fort que précédemment.

rité où déjà il avait reçu des soins, et placé dans le service de M. Andral, le 21 décembre 1837.

« Il présente l'état suivant : face violacée avec injection des conjonctives et des pommettes ; œdème de la paroi abdominale, du scrotum et des membres inférieurs ; vertiges et trouble de la vision, insomnie, céphalalgie passagère, tintemens d'oreille.

« Douleur dans quelques articulations.

« Appétit ordinaire, pas de diarrhée.

« Pouls à 56, conservant sa force ordinaire, mais avec inégalité et intermittence.

« Voussure légère à la région précordiale ; son mat dans une grande étendue (6 pouces de hauteur sur 5 pouces en largeur) ; rien d'appréciable à la main si ce n'est une assez forte impulsion ; au premier bruit du cœur, *bruit de soufflet dur comme celui d'une râpe occupant tout le premier temps*, suivi d'un bruit de soupape assez clair et court.

« Ce bruit de soufflet au premier temps est très marqué depuis le bas du cœur jusqu'à la pointe et jusque vers l'épigastre ; le bruit de souffle se perçoit encore aux environs des derniers cartilages costaux droits, on ne l'entend pas en arrière ; rien aux carotides. Battemens du cœur irréguliers et intermittens comme le pouls.

« Respiration à 16 ; toux avec quelques crachats aqueux, peu visqueux, transparens ; râle ronflant et sibilant dans l'inspiration en avant et en arrière des deux côtés.

« *On prescrit l'infusion d'hysope et* 6 *grains de poudre et digitale en* 3 *pilules.*

« Le 22, l'urine est limpide, ambrée, ne précipite pas par l'acide nitrique et est très sensiblement acide.

« Le malade se plaint de *douleurs aux mains et aux pieds.*

« *On supprime la digitale après quelques jours et on lui substitue la teinture de colchique.*

« Je n'entrerai pas ici, dit M. d'Arcet, dans les détails quotidiens de la maladie pendant les quatre mois que le malade resta à l'hôpital avant de succomber.

« Cette observation présenterait ce que présentent toutes

les observations des maladies du cœur, à part quelques affections légères intermittentes qui furent traitées, telles que des douleurs et la constipation opiniâtre, et la dysurie, etc. Qu'il me suffise de dire qu'environ un mois avant sa mort, le malade présenta des symptômes bilieux: les selles étaient décolorées, les sclérotiques jaunâtres, la face ictérique, les urines bilieuses, etc.

« Le malade succomba enfin le 30 avril, à la suite d'accidens qui n'avaient fait que croître en intensité depuis un mois, quelles que fussent les médications dirigées contre eux.

« *Autopsie cadavérique,* vingt-sept heures après la mort.

« 1° *Habit. extér.* Coloration ictérique générale du cadavre, raideur cadavérique prononcée.

« 2° *Org. circul. et respirat.* 0 litre, 75 de sérosité dans le péricarde (1). Le cœur est très volumineux et assez gras; son volume ou son cube est de = 685 centimètres cubes.

« Ses cavités renferment une quantité très considérable de sang en partie liquide, en partie coagulé. Un caillot fibrineux décoloré occupe toute l'oreillette droite; ce caillot coupé présente sur sa section une foule de petits points rougeâtres comme le sablé du cerveau.

« Les valvules aortiques et pulmonaires sont suffisantes.

« *L'endocarde des ventricules, plus opaque que celui des oreillettes, présente des membranes blanches, opaques, d'autant plus laiteuses qu'on se rapproche davantage des valvules mitrale et tricuspide;* cette dernière valvule est suffisante, quoique un peu épaissie.

« *Mais les bords de la valvule mitrale, la zone fibreuse et les membranes qui la constituent, sont le siège d'une dégénérescence cartilagineuse des plus prononcées. L'ouverture est réduite à un centimètre et demi* (0$^{\text{mèt.}}$,055) *et l'anneau fibreux qui constitue l'orifice mitral nouveau a environ un centimètre d'épaisseur; sa rigidité est extrême.* L'aorte est un peu dilatée, mais saine, quant à ses élémens.

« 0 litre, 10 de sérosité dans les plèvres. Les poumons pré-

(1) Malheureusement, je ne trouve rien dans les notes de M. F. d'Arcet, sur l'état du péricarde lui-même.

sentent sur leur bord tranchant quelques vésicules d'emphysème; *des adhérences anciennes les unissent presque partout à la plèvre costale.*

« 3° *Org. dig. et annex.*—2 litres, 65 de sérosité limpide, jaune, dans le péritoine. Le foie est cirrhosé; les reins sont petits et décolorés.

« La muqueuse gastrique est assez fortement injectée.

« Le cerveau est sain; les méninges ne présentent aucune trace d'injection sanguine ou séreuse. »

Réflexions. — Ce cas est encore un de ceux où j'ai commencé à prendre en quelque sorte sur le fait, la coïncidence de l'inflammation du tissu séro-fibreux du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu violent et généralisé; mais alors, je ne possédais pas, ainsi que je l'ai dit dans une précédente note, toutes les données du diagnostic différentiel de la péricardite et de l'endocardite rhumatismales. D'après l'existence du bruit de soufflet qui persistait encore à un certain degré, au moment de la sortie du malade, et surtout d'après les altérations qui sont survenues ultérieurement dans les valvules du cœur, il est indubitable que dans ce cas, il existait une endocardite rhumatismale au moment où le malade fut placé dans notre service. Néanmoins, on ne diagnostiqua d'abord qu'une péricardite. Plus tard, la persistance du bruit de soufflet d'une part, et l'absence des signes positifs d'une péricardite avec épanchement, nous portèrent à conjecturer l'existence d'une endocardite *mal guérie*.

C'est, à n'en pas douter, cette endocardite *mal guérie* qui a été la cause des symptômes éprouvés par le malade, durant les quatre mois qui suivirent sa sortie; et, comme elle a continué lentement, il est vrai, à faire des progrès, il en est résulté ces lésions dites *chroniques-organiques* (Corvisart) qui ont été rencontrées à l'ouverture du corps, trois ans et demi après la guérison du rhumatisme articulaire lui-même.

Il est bon de noter que ce malade ne fut pas traité par les émissions sanguines telles que je les ai formulées plus tard. Tout me porte à croire que l'affection inflammatoire du tissu séro-fibreux du cœur n'aurait pas résisté à cette *nouvelle formule* bien appliquée.

SECONDE CATÉGORIE.

Cas dans lesquels l'autopsie cadavérique n'a pas été pratiquée, et qui ont été recueillis dans la pratique particulière.

De tous les cas d'endocardite ou d'endo-péricardite rhumatismale que j'ai eu occasion de rencontrer dans la ville depuis sept à huit ans, deux ont été mortels, et je n'avais vu qu'une seule fois les malades en consultation avec leurs médecins ordinaires. Je n'ai recueilli aucuns détails sur le premier de ces cas. J'en ai recueilli d'assez circonstanciés sur le second, par lequel commence la première série; mais l'autopsie cadavérique ne fut point pratiquée.

Au reste, le lecteur n'oubliera pas que les faits de cette catégorie sont uniquement rapportés pour démontrer que la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu, n'est pas plus rare chez les malades de la ville que chez les malades des hôpitaux, et que j'ai pu, par conséquent, m'abstenir souvent de détails dont surabondent tant d'autres observations que l'on trouve dans cet ouvrage, dans ma *Clinique médicale* et dans mon *Traité clinique des maladies du cœur.*

Première série. — Cas relatifs à une endocardite ou à une péricardite coïncidant actuellement avec un rhumatisme articulaire aigu.

OBSERVATION XLVI. — Rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endo-péricardite et de pleuro-pneumonie, terminé par la mort.

Le 4 novembre 1839, je fus appelé auprès de M. de Frad.., 40, rue Saint-Lazare, âgé de quarante-sept ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, peau fine, blanche, habituellement assez bien portant.

Il y a vingt jours, extirpation d'une loupe à la nuque. Au bout de neuf jours, guérison.

A la suite d'une promenade, frissons, érysipèle autour de la cicatrice (*applicat. de cinquante sangs. en trois fois*).

Au bout de six jours, l'érysipèle a disparu; cependant, anxiété, malaise vers la base de la poitrine (M. M... est appelé en consultation par MM. Bl.... et Br..., chirurgien et mé-

decin ordinaires du malade). — On fait prendre un bain à la suite duquel le malade croit s'être refroidi et il survient *de la douleur et du gonflement dans l'un des genoux.* Le lendemain, *le gonflement et la douleur persistent; le genou opposé, la hanche et d'autres articulations des membres supérieurs se prennent, et quelques irrégularités se remarquent dans les battemens du cœur.*

On discute alors pour savoir si l'état des articulations est le résultat d'une résorption purulente ou d'un rhumatisme. Quoi qu'il en soit, une première saignée est pratiquée, mais elle coule en bavant. — Deux autres saignées de 3 à 4 palettes faites les jours suivans, fournissent un beau caillot retroussé, à couenne très épaisse.

Un peu de soulagement; le pouls tombe de 120 à 78; cependant des douleurs se manifestent dans les côtés de la poitrine où deux vésicatoires sont appliqués; on remarque un peu de sang dans les crachats.

Le 3 novembre, huitième jour de l'affection rhumatismale, retour de la fréquence, des irrégularités du pouls, anxiété, étouffement (*on avait permis un léger bouillon pour relever les forces, donné une potion calmante et un lavement avec la valériane*).

Le 4, état très grave. Le soir, à cinq heures, je suis appelé en consultation avec MM. M...., Bl.... et Br...., qui me communiquent les détails précédens. *Battemens du cœur sensibles à la main (la pointe de cet organe répond au sixième espace intercostal), irréguliers, inégaux, intermittens,* 112 à 116, *pas très forts; matité d'une étendue de trois pouces environ dans tous les sens, se confondant en dehors avec une autre matité due à une pleuro-pneumonie; pouls petit, inégal, irrégulier, intermittent comme les battemens du cœur, misérable; anxiété, étouffemens, quelques hoquets de temps en temps.*

Matité depuis la région de la fosse sous-épineuse gauche jusqu'en bas, souffle bronchique très marqué dans la même étendue; absence de respiration vésiculaire et de crépitation; crachats ensanglantés, visqueux, adhérens, d'une teinte brune, tirant sur celle de jus de ré-

glisse ou de pruneaux; prostration et abattement extrême.

Le genou droit est un peu douloureux encore, ainsi que quelques jointures des membres supérieurs, mais sans gonflement notable.

Sueurs générales qui avaient eu lieu aussi les jours précédens, avec un commencement de refroidissement des extrémités.

On ne pouvait méconnaître ici une endocardite des plus graves et une pneumonie probablement déjà arrivée au troisième degré.

Un pronostic des plus graves est porté : on craint une terminaison funeste pour la nuit.

En vain on prescrit un large vésicatoire (huit à dix pouces de diamètre) sur le côté gauche, une potion stibiée (*six grains dans quatre onces d'infusion de till. et une once de sirop diacode et d'althœa*); la mort arrive à trois heures après minuit.

OBSERVATION XLVII. — Rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endo-péricardite.

M. Mar..., avenue des Champs-Elysées, 71, âgé d'une quarantaine d'années, d'une forte constitution, mais un peu maigre, sec et nerveux, ayant la peau fine, s'exposa, le 4 février 1838 à un refroidissement et fut bientôt pris de fièvre et de douleurs assez modérées dans les genoux (1). Appelé auprès de lui, M. le docteur Chevrey, ne trouvant encore aucune affection locale très caractérisée, s'en tint ce jour-là à une médecine expectante.

Le lendemain 5, les deux genoux étaient douloureux, gonflés, et la *fièvre rhumatismale* très forte (le pouls était à 120).

Dans l'espace de trente heures environ, M. Chevrey pratiqua trois saignées de trois palettes chacune (le caillot fut couenneux à chaque saignée).

(1) Quelques années auparavant, étant alors en Belgique, M. Mar... avait déjà été atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui, traité par les saignées, suivant la méthode ancienne, *avait duré trois mois.*

Les douleurs rhumatismales disparurent presque complètement, mais sans diminution notable de la fièvre.

Soupçonnant alors quelque coïncidence d'endocardite ou de péricardite, M. Chevrey me fit venir en consultation. La maladie en était à son quatrième jour.

Voici quelle était l'état du malade (7 février à 4 heures du soir). Les genoux étaient dégagés et aucune autre articulation n'était prise, néanmoins le pouls restait à 120, la peau chaude et sudorale.

L'étendue de la matité de la région précordiale était augmentée (elle était de 3 pouces verticalement et transversalement); il existait une légère voussure de la même région, qui n'était d'ailleurs le siège d'aucune douleur; battemens du cœur peu sensibles à la main; bruits du même organe un peu éloignés, étouffés, accompagnés d'un léger souffle.

Respiration bonne partout, langue humide, rosée; ventre en bon état.

Diagnostic : *Endocardite rhumatismale; peut-être aussi un peu de péricardite* (1).

Prescription : *Saignée trois bonnes palettes illicò, ventouses scarifiées région précordiale trois palettes demain matin.*

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne épaisse et ferme, assez volumineux; rondelles des ventouses parsemées de plaques couenneuses; sérosité bien claire, jaune-verdâtre.

8 *février,* à quatre heures (cinquième jour). Matité de la ré-

(1) Certes, la persistance d'un violent mouvement fébrile dans un cas comme celui-ci, où un rhumatisme articulaire aigu s'est dissipé sous l'influence d'un traitement assez énergique, est un fait bien propre à faire naître de sérieuses réflexions. Cette *fièvre rhumatismale sans rhumatisme* était, jusqu'à la découverte des *accompagnemens inflammatoires* variés du rhumatisme articulaire aigu, de l'endocardite spécialement, une des plus grandes énigmes de la pathologie. Quelle éclatante lumière dans le cas actuel comme dans tant d'autres, la connaissance exacte de ces accompagnemens n'a-t-elle pas répandu sur ce point si important!

gion précordiale un peu moins étendue ; souffle bien distinct dans la région du cœur ; pouls encore à 120 ; rien, absolument rien du côté des articulations.

Saignée trois palettes ce soir ; vent. scarifiées, région précordiale demain matin.

9 *février, à quatre heures* (sixième jour). Le malade se trouve très bien ; la fièvre a considérablement diminué (il n'y a pas indication d'une nouvelle saignée).

10, *à dix heures du matin.* Le malade va très bien : il n'existe plus de souffle notable au cœur ; le premier bruit est assez net, le second un peu confus encore et obscur ; le pouls est tombé à 100.

Vésicatoire région précordiale et pansement avec poudre digitale.

A partir de ce jour-là, le malade étant dans un état très satisfaisant, j'ai cessé de le voir, et il a reçu exclusivement les soins éclairés de M. le docteur Chevrey. J'ai appris de cet honorable confrère que la convalescence s'est franchement déclarée les jours suivans, et qu'elle n'a été troublée par aucun accident.

J'ai revu M. Mar... cinq à six mois après sa guérison. Sa santé était florissante. Il n'existait rien du côté du cœur. Point de palpitations, point de gêne dans la respiration. En un mot, il ne restait aucune trace de l'endocardite rhumatismale.

OBSERVATION XLVIII. — Rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endo-péricardite.

Le jeudi 6 janvier 1836, je fus appelé auprès d'un étudiant en médecine (43, rue de Monsieur-le-Prince), d'une assez bonne constitution, ayant la peau fine, blanche et les cheveux blonds.

Ce jeune homme était au neuvième jour d'un rhumatisme articulaire aigu, qu'il disait avoir contracté après avoir couru dans la neige, étant en sueur, au sortir d'un bal.

Les douleurs articulaires furent assez légères les deux premiers jours. Elles augmentèrent le troisième jour, et M. le docteur T... pratiqua une saignée ; le quatrième jour, trente

sangsues...; le septième jour, une nouvelle saignée... Les articulations se dégagèrent un peu, mais la fièvre persistait avec la même intensité, et c'est ce qui décida le malade et ses amis à me faire appeler. Je le trouvai dans l'état suivant :

Le rhumatisme articulaire était bien diminué, mais le cœur était fortement pris : *une voussure notable existait dans la région précordiale; les bruits du cœur étaient un peu éloignés, étouffés, accompagnés de souffle; on entendait de plus un beau bruit de froissement péricardique.*

Douleur vers les fausses côtes gauches, petite toux, crachats visqueux, demi transparens, un peu ensanglantés; râle crépitant en arrière, en bas à gauche; quelques bulles du même râle à droite dans la même région qu'à gauche (1).

Pouls à 96; peau chaude et sudorale.

Saignées 3 palettes; vent. scarif côté gauche, 3 *palettes.*

7. La douleur de côté et la toux avaient cessé; les battemens du cœur étaient plus superficiels, sans bruit de frottement péricardique bien sensible; les bruits du cœur étaient encore un peu râpeux; le pouls était à 80-84; urine trouble comme du moût de raisin.

Le malade entrait dans un commencement de convalescence.

Une saignée *conditionnelle* fut prescrite pour le soir. Mais aucune recrudescence n'ayant eu lieu, la saignée ne fut point pratiquée.

8. Le malade se trouve très bien; respiration à 20; ni toux ni crachats; pouls à 72; sueur la nuit dernière; *premier bruit du cœur encore assez sourd; le second, clair.*

Convalescence bien décidée (*bouillon*).

Les jours suivans, la convalescence poursuivit son cours, et la guérison complète ne se fit pas long-temps attendre.

OBSERVATION XLIX. — Rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endo-péricardite.

Le 9 juin 1836, M. le docteur Gasnault me fit appeler en consultation auprès de M. L..., n. 115, rue Saint-Dominique-

(1) Avant mon arrivée, le rhumatisme articulaire avait exclusivement fixé l'attention, et l'on n'avait exploré ni le cœur, ni les poumons.

Saint-Germain, âgé de trente-huit ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant la peau fine et les cheveux châtains. M. L... était atteint, depuis dix à douze jours, d'un rhumatisme articulaire aigu (1). Outre les douleurs qui avaient sévi sur la plupart des articulations des membres, il s'en était manifesté aussi, les premiers jours, à la base de la poitrine.

Deux applications de 20 *sangsues et une saignée du bras avaient été pratiquées*, et M. Gasnault, appelé six à sept jours après le début, avait commencé l'administration de la digitale pour calmer les phénomènes qu'il avait observés vers le cœur (le pouls avait été ralenti par ce moyen).

9. Les articulations étaient alors peu douloureuses : néanmoins celles des doigts et des épaules étaient encore un peu prises.

L'étendue de la matité de la région précordiale était de quatre pouces environ verticalement et transversalement; les battemens du cœur étaient forts, étendus et repoussaient la main; ils étaient réguliers et accompagnés de frémissement vibratoire vers la pointe du cœur, frémissement qui coïncidait avec un magnifique bruit de frottement péricardique, s'entendant dans toute la région péricordiale et au-delà, *mais offrant son maximum d'intensité vers la pointe du cœur : là*, *il imitait le bruit de froissement de parchemin pendant la systole et celui du froissement de taffetas pendant la diastole, et il était superficiel ou très voisin de l'oreille qui l'auscultait* (2) ; *le claquement valvulaire était à-peu-près imperceptible*, *tant il était étouffé, absorbé* (3).

La chaleur fébrile était considérable et accompagnée de

(1) A l'âge de 8 ans, M. L... avait éprouvé une première attaque de rhumatisme articulaire, et s'en était bien rétabli.

(2) Ce bruit aurait pu être pris pour un bruit de soufflet proprement dit. Ce n'est, en effet, qu'avec une grande habitude qu'on peut parvenir à bien distinguer entre elles les diverses espèces de bruits anormaux de la région précordiale et les nuances propres à chaque espèce.

(3) Je présume que ce phénomène tenait en partie à la formation de concrétions dans les cavités du cœur et à la surface des valvules.

sueurs abondantes ; néanmoins, depuis l'administration de la digitale, le pouls était tombé à 64.

Il fut convenu avec M. le docteur Gasnault qu'une *nouvelle saignée de 3 palettes serait pratiquée immédiatement et que le lendemain matin les ventouses seraient appliquées sur la région précordiale, de manière à retirer 3 palettes de sang.*

Je n'ai point revu le malade.

Réflexions.—Il est bien évident qu'il existait, dans ce cas, une endo-péricardite parfaitement caractérisée, à laquelle se rattachaient les divers accidens qui survivaient en quelque sorte à l'affection des articulations. Il est infiniment probable que l'endo-péricardite rhumatismale s'était développée dès les premiers jours de la maladie, et qu'elle n'était point le résultat de ce qu'on appelle une *métastase*. Ici, comme dans tant d'autres cas où l'on a fait jouer un si grand rôle au *système des métastases*, l'affection prétendue *métastastique* existait en même temps que l'affection prétendue *métastasee* (qu'on me permette ce mot abréviatif), si même elle ne lui était pas antérieure. Ajoutons que dans une autre série de cas, on a pris souvent l'effet pour la cause, c'est-à-dire qu'on a attribué certaines affections à une *métastase*, à une disparition de certaines autres affections, tandis que ce dernier phénomène était le résultat de la présence des premières affections indiquées ici.

OBSERVATION L (1). — Rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endo-péricardite.

M. Tartier, commis chez un marchand de drap, est âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament bilieux, né d'un père rhumatisant, habituellement d'une bonne santé.

Le dimanche 24 juillet 1836, ce jeune homme a fait un écart de régime; il s'est exposé à de brusques changemens de température en se mettant en sueur et buvant des boissons

(1) Je rapporte les premiers détails de cette observation, d'après les notes qui m'ont été remises par M. Petit-Gand, qui donna les premiers soins au malade.

froides, ou se découvrant pour recommencer aussitôt après et continuer toute la soirée.

Les 25, 26 et 27, malaise général, palpitations et oppression.

28. Une saignée.—Le soir même, l'épaule droite est devenue douloureuse.—Le lendemain les genoux, le poignet gauche, les articulations tibio-métatarsiennes étaient gonflés, rouges, douloureux, avec grande réaction fébrile; soif, inappétence. 30. *Saignée de 3 ou 4 palettes le matin; application de* 30 *sangsues aux genoux et aux malléoles le soir.*

31. *Nouvelle saignée le matin.* — Ce jour-là, le pouls marquait 104-108; les mêmes articulations étaient prises; le poignet droit avait aussi été pris; les palpitations avaient peu diminué. Il sembla à M. Petit-Gand que le premier claquement valvulaire n'était pas bien net (*une nouvelle saignée de 4 pal. a été faite le soir; entre ces deux saignées, on a appliqué* 30 *nouvelles sangsues aux malléoles et aux genoux*).

Le 1er août, les palpitations étaient faibles, les genoux et les autres articulations presque dégagés; le pouls à 96; les bruits du cœur comme la veille (*M. Petit-Gand ne put faire une nouvelle saignée;* le malade a seulement été maintenu à la diète).

2. On remarque une teinte jaune sur le visage et sur les sclérotiques; toujours 96-100 pulsations.

Le malade a pris un bouillon le 3 *août* (il n'était guère mieux).

4. Un jeune homme lui a fait prendre 2 *grains de calomel*, qui ont provoqué deux selles (jusqu'ici il n'y en avait pas eu). Les urines étaient rendues très difficilement (*un lavement camphré*).

5. La fièvre est moindre; le poignet droit reste seul gonflé et un peu douloureux.

6. Bruit de souffle très beau à la place du claquement valvulaire (on repousse de nouvelles émissions sanguines).—La nuit, grande oppression pendant un orage.

7. Pouls à 110; étouffemens, tintemens d'oreilles, anxiété extrême; la percussion est douloureuse sur la poitrine (on

ne la pratique pas convenablement) ; on n'entend plus le premier claquement, le second est très obscur; ils sont couverts par un bruit de frôlement presque continu (malgré cela, *on ne fait qu'appliquer un vésicatoire de 4 pouces sur la région précordiale*). — Le soir, l'état du malade est pire ; on compte 50 à 60 inspirations et 110 pulsations par minute; *on ne distingue plus qu'un bruit de scie mêlé de ronflement* (6 *gr. de digitale sont appliqués à la surface du vésicatoire*).

M. Petit-Gand propose une saignée, mais on le supplie d'ajourner au lendemain.

8 matin. Etat un peu meilleur. C'est dans la journée que M. Bouillaud fut appelé auprès du malade pour la première fois.

Ce jour-là, le rhumatisme articulaire aigu comptait dix jours de durée ; il avait en grande partie cédé aux émissions sanguines. Néanmoins la fièvre dite rhumatismale persistait encore, et les deux élèves qui avaient soigné le malade, ayant reconnu la coïncidence de l'endocardite, voulaient surtout me consulter pour savoir s'il était utile de revenir encore aux émissions sanguines (1). L'un d'eux avait cru, dit-il, entendre le *bruit de diable* dans les carotides, et cette circonstance était une de celles qui avaient fait renoncer aux émissions sanguines, sur lesquelles M. Petit-Gand insistait encore.

Quoi qu'il en soit, je notai les phénomènes suivans.

Le 8 août, fièvre avec forte chaleur, sueurs et éruption de miliaire et de sudamina ; teinte jaune de la peau en général, surtout de celle du visage, plus foncée encore sur la conjonctive ; respiration accélérée ; matité à la base de la poitrine en arrière avec respiration faible et léger bruit de frôlement

(1) Il va sans dire que si la nouvelle formule eût été bien appliquée à ce cas, on aurait obtenu des résultats beaucoup plus satisfaisans, et que la maladie, prise comme elle l'a été à son début, aurait été complètement enlevée à l'époque où je fus appelé. Mais il faut une grande habitude pour bien diriger et bien manier cette formule dans un cas comme celui-ci. On aura beau dire et beau faire, rien n'est plus difficile que d'appliquer, suivant toutes les règles d'une saine pratique, les méthodes les plus simples en apparence.

(dans les premiers temps, le malade avait éprouvé là quelques douleurs, en même temps que de l'oppression).

La matité de la région précordiale avait plus que doublé d'étendue, sans qu'il existât néanmoins de voussure très prononcée; les battemens du cœur étaient bien sensibles à la vue, dans presque toute l'étendue de la matité; ils étaient accompagnés d'un beau frémissement vibratoire, superficiel, offrant son maximum d'intensité vers la base du cœur; le claquement valvulaire était entièrement absorbé par un double bruit de scie ou de râpe, fort, prolongé, s'entendant non-seulement dans la région précordiale, mais encore dans toute la partie antérieure de la poitrine et se propageant même sur les parties latérales du cou où il avait été pris sans doute pour le BRUIT DE DIABLE *des carotides, lequel bruit n'existait nullement au moment de mon examen.*

Pouls à 96, régulier, assez développé et assez résistant, sans frémissement vibratoire.

L'endocardite, soit simple, soit combinée avec une péricardite sans notable épanchement, était en quelque sorte restée pleine et entière, bien que le rhumatisme articulaire se fût dissipé presque complètement sous l'influence du traitement mis en usage, et cette endocardite était le principal foyer de la fièvre *rhumatismale sans rhumatisme* (1).

Je prescrivis une *saignée de 3 palettes.*

Le 9, caillot de la saignée recouvert d'une belle couenne.

Peu de changement; le malade se sent toutefois un peu soulagé.

Saignée, 4 palettes.

Le 10, nouveau soulagement; cependant la fièvre persiste.

(1) A cette époque, huit saignées (générales et locales), pratiquées dans l'espace de trois à quatre jours, avaient fait justice d'un cas plus grave encore que celui dont il s'agit ici, bien que le malade n'eût pas été envoyé dans notre service dès les premiers jours de son affection. Chez le malade dont nous racontons ici l'observation, nous aurions eu plus de prise, s'il n'eût été affaibli par les saignées déjà pratiquées. Il nous parut à craindre que l'endocardite ne se terminât par *ces lésions organiques* si souvent signalées par nous.

Le sang a été reçu dans une large cuvette. Le caillot est sans couenne, mais bien *glutineux*.

Saignée de 3 palettes

Les 11 et 12, la fièvre cède enfin un peu; la respiration est encore accélérée (à 32); le bruit de frottement râpeux diminue d'intensité et ressemble assez à un bruit de chiffonnement de taffetas, superficiel, à travers lequel on entend un bruit valvulaire obscur et sourd; le frémissement vibratoire est presque imperceptible.

Le 13, ***superbe bruit de froissement diffus, superficiel dans toute la région précordiale (péricardique?), absorbant presque entièrement le claquement valvulaire.***

Moins de dyspnée et de chaleur; pouls à 88-92.

Trois petites tasses d'eau de poulet.

Le 14, le malade est resté levé pendant qu'on a fait son lit; pouls à 84, chaleur modérée et respiration libre. — Les bouillons ont été pris avec plaisir.

Un bain.

Les 15 et 16, le mouvement fébrile a enfin cédé (75 pulsations), toutefois, le bruit de frottement de la région précordiale persiste encore.

Le malade va si bien que j'ai cessé de le voir, à partir du 16 (1).

(1) M. Petit-Gand m'écrivit ce qui suit, en date du 11 janvier 1837 :

« Le malade se leva et put sortir dans la première semaine de septembre; mais ayant fait trop d'exercice, ses pieds et ses genoux furent repris de douleur et d'un léger gonflement, et il fut forcé de garder le lit huit jours. Il reprit ensuite ses occupations ; durant un mois encore, il fut très faible sur ses jambes.

« Le malade est sujet maintenant aux palpitations. Le premier bruit du cœur est assez court, un peu rude, avec souffle léger; le second est pur. La matité de la région précordiale est d'environ deux pouces verticalement et transversalement.

« Ce cas me semble une nouvelle preuve de l'influence de l'endocardite sur la production des maladies organiques du cœur. Je crois que la maladie prise à temps et traitée par votre méthode, le malade aurait échappé à la lésion qu'il porte (soit rétrécissement de l'orifice aortique, soit épaississement de la valvule mitrale). »

Le cas suivant est un bel et précieux exemple d'une guérison *complète* d'une endo-péricardite et d'une double pleurésie rhumatismales, dont le sujet était l'un de nos confrères les plus honorables et les plus distingués des départemens.

OBSERVATION LI. — Rhumatisme articulaire aigu avec coïncidence d'endo-péricardite et de pleurésie.

Le dernier jour d'avril 1837, je me rendis auprès de M. le docteur R.... d'Év.... (à vingt-six lieues de Paris), qui, à la suite d'un rhumatisme articulaire datant déjà de plus d'une quinzaine de jours, offrait des symptômes si graves du côté du cœur et des organes respiratoires, qu'il y avait à craindre prochainement une terminaison funeste (1).

(1) La lettre suivante que m'écrivit l'un des médecins qui traitaient M. R***, fera connaître les principaux détails de ce cas, antérieurs à mon arrivée.

Ev., le 25 avril 1837.

Monsieur, vous serez consulté par M. Lh*** de Paris sur la maladie d'un de nos collègues, M. le docteur R*** d'Ev..., atteint d'une affection rhumatismale, qui depuis quelques jours a pris, à mon avis, un caractère fort alarmant. Je m'empresse de vous donner rapidement quelques détails sur cette maladie.

Le docteur R*** est d'un tempérament lymphatique sanguin, d'un embonpoint considérable; il a été soigné au printemps de 1832 d'une première attaque de rhumatisme goutteux aigu. Une seconde attaque a eu lieu l'année dernière à la même époque. Aujourd'hui c'est encore la même affection qui s'est renouvelée avec des symptômes graves en raison du siége qu'elle occupe.

Elle a débuté, il y a trois semaines, succédant à la grippe dont le malade n'était pas encore entièrement rétabli, quoiqu'elle l'eût pris dès les premiers jours de février. Douleurs aiguës aux orteils, rougeur, gonflement, état bilieux, tels furent les premiers symptômes qui persistèrent pendant huit jours.

Survinrent ensuite des douleurs qui se portèrent successivement et avec des alternatives dans les épaules, les lombes, les cuisses, les muscles abdominaux, et peut-être aussi sur les fibres musculaires des intestins. Cet état occupa le deuxième septénaire. Il fut constamment accompagné d'un redoublement fébrile chaque soir, d'une absence complète de sommeil. Le traitement employé fut le repos, la diète, les boissons chaudes diurétiques et sudorifiques, quelques verres d'eau de Sedlitz, de deux jours l'un; point de bains, point d'évacuations sanguines locales ou générales, pour lesquelles le malade témoi-

A mon arrivée, je trouvai réunis autour de M. T..... plusieurs confrères de la ville qu'il habite, justement alarmés sur l'état qu'il présentait.

Il était assis dans un fauteuil, respirant avec la plus grande

gnait de la répugnance. L'état du pouls ne semblait pas non plus les réclamer d'une manière urgente.

Enfin, le dimanche 16 avril, une douleur si aiguë se déclara dans la région sterno-claviculaire gauche, que le malade se détermina à une application de sangsues sur cette partie. La douleur disparut momentanément; mais le lendemain elle revint aussi violente à la base de la poitrine du côté gauche. Elle semblait occuper spécialement les points d'attache du diaphragme; elle était accompagnée d'une gêne très grande de la respiration, qui s'expliquait bien par la contraction des muscles affectés pendant chaque mouvement inspiratoire, puis par la présence de vésicatoires qui furent appliqués *loco dolenti*.

Le mercredi 19 au soir, la douleur persistant ainsi que la fièvre et l'insomnie, la gêne de la respiration s'étant considérablement accrue, une saignée de vingt onces fut pratiquée, autant pour procurer du soulagement au malade que pour le préparer aux bains de vapeur dont il avait retiré d'excellens effets lors de sa première attaque à Paris. Le malade n'éprouva pas de soulagement; la nuit fut également agitée et sans sommeil.

Jeudi 20. Assez de calme dans la journée; pouls à 80 pulsations par minute, gêne de la respiration moindre; les douleurs diminuent à la suite du bain de vapeurs. Cependant il n'y a pas eu de transpiration, même dans le bain; l'agitation et l'oppression sont extrêmes, au point que le malade s'enfuit de son lit et traverse plusieurs appartemens en demandant de l'air. Battemens extrêmement tumultueux du cœur. — Calmans révulsifs énergiques aux pieds et aux genoux.

Le malade s'était très affecté sur sa position, le soir qui précéda cette crise; aussi nous avons pensé qu'elle était purement spasmodique.

Vendredi 21. Cette journée fut sans contredit la meilleure depuis le commencement de la maladie. — Deux vésicatoires aux jambes; grand bain. — Nuit agitée, douleurs continues à la base de la poitrine du côté gauche, spasmes, oppression.

Samedi 22. Même état, toutefois à un degré moindre d'intensité (Grand bain tiède. Le malade prend des pilules de sulfate de quinine, dans le but de prévenir l'accès de la nuit). — Le soir, l'auscultation, qui jusque-là n'avait fourni aucun signe alarmant, augmente singulièrement notre inquiétude, en nous faisant entendre pour la première fois un bruit de soufflet des plus prononcés, avec des battemens tumultueux du cœur qui semblait rebondir, sau-

difficulté, le visage bouffi et les membres inférieurs considérablement infiltrés.

J'explorai, avec le plus grand soin, les organes circulatoi-

tiller dans sa cavité après chaque contraction ventriculaire. Le pouls était irrégulier, intermittent par momens. Toute la nuit fut très mauvaise, il y eut un peu de délire (Synapismes, potion avec la teinture de digitale).

Dimanche 23. Les signes alarmans fournis par l'auscultation ont disparu en grande partie ; abattement profond du malade; douleurs sourdes et profondes dans la région cardiaque, augmentant, ainsi que l'oppression, à chaque mouvement, même le plus léger. Le malade ne peut nullement rester dans son lit; des gaz qui remplissent l'estomac et les intestins rendent la respiration plus pénible encore (Eau de Sedlitz, deux verres, suivis de trois ou quatre évacuations. Ventouses scarifiées en ceinture le long des attaches diaphragmatiques et sur la région cardiaque, larges vésicatoires sur les mêmes parties, potion avec la teinture de digitale, synapismes aux jambes). — La nuit fut moins agitée; c'est la seule que le malade ait pu passer entière dans son lit.

Lundi 24. Le malade est moins souffrant; il n'accuse plus aucune douleur; mais la respiration est toujours gênée ; le moindre mouvement rappelle les battemens tumultueux du cœur, essouffle le malade, accidens qui prennent une nouvelle intensité pendant la nuit. Elle se passe dans une grande agitation et sans sommeil, comme toutes les autres (Entretien des vésicatoires, continuation de la potion de digitale, bains de pieds synapisés).

Mardi 25. Le malade paraît un peu mieux. Il peut supporter un bain de vapeur suivi de transpiration. Au calme du jour succède une nuit plus mauvaise encore que la précédente. Le malade a été pris plusieurs fois de véritables accès de suffocation. Il ne peut rester un seul instant dans son lit (Synapismes, digitale, entretien des vésicatoires).

La matinée d'aujourd'hui a ramené, comme d'habitude, un peu de calme. Toutefois l'état du malade me paraît toujours fort inquiétant. Le cœur me semble toujours gravement affecté. Les symptômes alarmans de suffocation qui disparaissent en partie dans le jour, prennent chaque nuit une intensité effrayante. N'est-il pas à craindre que le malade ne puisse bientôt plus y résister? Quels moyens à employer pour en arrêter les progrès?

Le caractère intermittent de la maladie ne paraît plus nullement douteux; nous avons l'intention de revenir au sulfate de quinine, bien qu'une première fois il n'ait pas apporté d'amendement. Nous continuerons les dérivatifs sous toutes les formes, ainsi que la préparation de digitale, et cela jusqu'à ce que vous vouliez bien nous donner votre avis, que nous attendons avec la plus vive impatience.

res et respiratoires, et je constatai les signes les plus caractéristiques d'une endo-péricardite (épanchement dans le péricarde) et d'une double pleurésie avec épanchement (l'épanchement remplissait presque tout le côté gauche, mais il n'existait que dans le tiers inférieur du côté droit).

Les médecins présens furent convaincus ainsi que moi de l'existence des maladies ci-dessus désignées.

Alors les articulations étaient dégagées et cependant la fièvre était toujours très forte (le pouls battait de 108 à 112 et même 120 par minute).

Le cas était des plus urgens. Il fut décidé que malgré l'époque avancée de la maladie, on aurait recours à un traitement énergique dont je formulai les principales bases (1).

Quatre nouvelles saignées du bras (*une de* 16 *onces*, *les autres de* 10 *à* 12 *onces*) et une application de sangsues au moyen de laquelle on retira 12 onces de sang environ, furent pratiquées en trois jours; de larges vésicatoires furent promenés sur la poitrine; à l'intérieur, on administra le calomel uni à la digitale ou à l'extrait gommeux d'opium; le malade fut tenu à la diète la plus absolue pendant une hui-

(1) Deux ou trois jours avant mon arrivée, un des plus habiles et des plus célèbres praticiens de la capitale avait envoyé la consultation suivante :

« J'ai lu avec beaucoup d'attention les détails que M. le docteur B*** me « donne sur l'état de notre confrère.

« Il est bien constant que l'affection rhumatismale s'est portée sur le cœur, » et qu'il est survenu une péricardite ou une endocardite.

« Le traitement actuellement prescrit me paraît tellement complet et mé- « thodique que je pense qu'il n'y a rien ou presque rien à y ajouter.

« L'administration du sulfate de quinine paraît bien indiquée pour rompre « la périodicité du retour des accidens.

« Les vésicatoires doivent être entretenus et la digitale continuée; de nou- « velles ventouses scarifiées autour de la base de la poitrine pourraient en- « core être utiles.

« Le nitre, à la dose d'un gros et plus par litre de bouillon, a quelquefois « produit de bons effets dans les cas analogues.

« Le calomel, comme purgatif et peut-être par une action contre-stimu- « lante, serait le laxatif auquel j'accorderais la préférence. »

28 avril 1837.

taine de jours, et ce confrère, dont on désespérait presque, même après les premières saignées (1), était en pleine convalescence quinze jours après ma visite.

Voici d'ailleurs quelques détails extraits des lettres qui me furent adressées jour par jour par M. le docteur B...

1er mai, sept heures du soir. Deux saignées ont été pratiquées, une hier matin de quatre palettes (auparavant, des sangsues avaient été appliquées, et les piqûres ayant été couvertes de ventouses, on a pu, à peu de chose près, évaluer à 12 onces la quantité de sang qu'elles ont donné. Le sang des saignées, de la première surtout, s'est recouvert d'une épaisse couenne inflammatoire).

Le pouls s'est maintenu à 95-100, et quand le malade fait quelque mouvement, le pouls monte à 110. Vers dix heures du soir, redoublement fébrile, agitation. Cinq fois dans la nuit, le malade s'est mis au lit, et cinq fois l'étouffement l'en a fait sortir; il y a eu quelques instans de délire : le malade demandait quelles étaient les mains qui pressaient sa poitrine et l'étouffaient.....; le matin, un peu de calme; le malade peut rester dans son lit; la respiration est moins gênée, mais au moindre mouvement, elle devient suffocante.

L'œdème et la bouffissure sont restés les mêmes.

Disparition du bruit de souffle? battemens du cœur violens mais réguliers; à gauche, matité depuis la fosse sous-épineuse jusqu'en bas, respiration tubaire, égophonie; à droite, le murmure respiratoire se fait entendre partout, mais cependant d'une manière obscure; on n'y retrouve plus d'égophonie et la résonnance s'y est rétablie presque complètement.

Ainsi résorption à droite, diminution de l'épanchement à gauche, etc.

2 mai, six heures du soir. Malgré une nouvelle saignée de 11 onces faite ce matin (le sang s'est recouvert d'une couenne

(1) En effet, le 2 mai, à six heures du soir, M. le docteur B*** m'écrivait ce qui suit : « Madame R*** désirerait beaucoup que vous voulussiez bien revenir « voir notre pauvre malade. Je n'ai pas besoin de vous dire que nous le désirons autant qu'elle. Quoique le cas soit pour ainsi dire *désespéré*, peut-être « trouveriez-vous encore quelque moyen de sauver notre bon ami, etc. »

inflammatoire d'une demi-ligne d'épaisseur), le pouls s'est constamment maintenu au-dessus de 100 pulsations; les mouvemens du cœur devenus plus violens la nuit dernière, se sont calmés ce matin, etc.

3 mai. Nous avons fait hier une quatrième saignée, nécessitée par l'oppression, l'état fébrile, et quelques douleurs ressenties dans la poitrine (le malade la réclamait vivement et avait voulu se la pratiquer lui-même avant notre arrivée).

Nous venons d'appliquer les deux vésicatoires que vous prescrivez.

A gauche, l'égophonie est toujours très distincte, etc.; le redoublement fébrile du soir a été moins marqué.

4 mai. C'est avec le cœur bien plus libre d'inquiétude que je vous donne aujourd'hui des nouvelles de notre intéressant malade; l'amélioration a considérablement augmenté; le pouls est à 92; la confiance renaît chez le malade; sa physionomie est calme, et il s'est opéré en lui un changement total; il commence à s'occuper de l'avenir; il nous charge d'appeler votre attention sur la diète absolue à laquelle il est soumis, désirant ardemment qu'il puisse être changé quelque chose à ce point rigoureux du traitement.

Ainsi, l'espoir nous est rendu, etc.

5 mai, six heures du soir. Je me bornerai à vous dire que le mieux notable que je vous signalais hier, s'est maintenu. M. D..., notre confrère, partant pour Paris, vous donnera verbalement des détails circonstanciés.

6 mai. Le malade a pu rester au lit toute la nuit, et il a eu à-peu-près deux heures de sommeil. Le temps m'a manqué pour l'auscultation et la percussion; mais tout nous annonce que la résorption marche bien, car il y a peu ou point d'oppression.

7 mai. Le niveau de l'épanchement à gauche a un peu baissé; le mieux se soutient.

8 mai. Le niveau du liquide est encore descendu de six lignes, le pouls se maintient à 95, et les battemens du cœur sont durs (ce soir, *application sur la région précordiale du vésicatoire prescrit*). — L'œdème et la bouffisure diminuent.

Notre malade s'insurge contre l'idée de la diète, mais il oublie de demander des alimens.

9 et 10 mai. L'amélioration fait des progrès; désir très vif des alimens.

12 mai. Notre cher malade continue d'aller de mieux en mieux; le niveau du liquide est descendu de deux travers de doigt. Nous permettons maintenant quelques alimens légers.

15 mai. L'état de M. R... va toujours s'améliorant; l'épanchement a diminué de jour en jour, et il en reste à peine maintenant. L'appétit revient un peu; les nuits sont bonnes; le malade reprend de la gaîté, et dans le milieu de la journée d'aujourd'hui, il est descendu dans son jardin, où il est resté trois quarts d'heure (1).

21 mai. La convalescence de notre cher malade n'est entravée par aucun accident (*un nouveau vésicatoire a été appliqué hier*).

Dans dix à douze jours, M. R... espère aller lui-même vous donner de ses nouvelles, etc.

En effet, j'eus la satisfaction de recevoir la visite de notre cher confrère, à-peu-près à l'époque annoncée. Depuis cette époque, j'ai eu le plaisir de le voir deux ou trois fois à Paris, et une fois dans la ville qu'il habite, où il a eu la bonté de me faire appeler le mois dernier (janvier 1840), auprès d'une jeune demoiselle qu'il traitait d'une grave *fièvre typhoïde*. Il jouit d'une santé parfaite qui ne s'est point démentie depuis, et sa guérison, il le sait bien, est au premier rang de celles qui me font attacher un si grand prix à la méthode qui en a été l'heureux instrument (2).

(1) Que le lecteur me pardonne d'ajouter ici les réflexions suivantes de mon honorable confrère, M. B***, non pour en tirer vanité, mais parce qu'elles peuvent avoir quelque intérêt scientifique : « Tout le monde vous bénit ici; pour moi, je vous avoue que j'avais des préventions contre votre méthode; mais j'en suis, Dieu merci, bien revenu. » M. le docteur B*** n'est pas le seul qui m'ait fait un semblable aveu. Puissent un grand nombre de nos confrères revenir aussi de leurs préventions! Mais l'exemple de M. B*** n'est pas aussi facile à suivre qu'on pourrait se l'imaginer.

(2) Les cas suivans, que j'ai seulement pris en note, compléteront cette série.

SECONDE SÉRIE. — Cas relatifs à diverses lésions organiques du cœur, suites d'une ancienne endocardite ou péricardite rhumatismale devenue *chronique.*

OBSERVATION LXI.

Le 24 août 1836, je fus consulté par un monsieur de Montargis, homme de cinquante-six ans, d'un tempérament fort et

OBSERVATIONS LII, LIII, LIV, LV, LVI, LVII, LVIII, LIX, LX.

Le 2 octobre 1836, M. Pellassy-de-Lousle me fit appeler auprès de M. Archon, maître d'études, atteint depuis 12 à 15 jours d'un violent rhumatisme articulaire aigu. Au moment où je le vis, les articulations commençaient à se dégager, mais les signes de la coïncidence d'une endo-péricardite étaient encore très prononcés.

Dans le mois de janvier 1837, je vis, rue Monsieur-le-Prince, 43, un étudiant en médecine, atteint depuis neuf jours, d'un rhumatisme articulaire aigu. Il existait une voussure évidente dans la région précordiale; les bruits du cœur étaient étouffés, accompagnés d'un léger souffle, et d'un froissement péricardique des plus manifestes. Une douleur se faisait en même temps sentir vers les fausses-côtes gauches; le malade expectorait des crachats visqueux, légèrement ensanglantés, et on entendait un peu de râle crépitant en arrière.

Quelques semaines avant de voir ce jeune homme, j'avais été appelé en consultation, avec M. le docteur Deslandes, auprès d'un homme atteint d'un violent rhumatisme articulaire aigu, avec coïncidence d'endo-péricardite à-la-fois et de légère pleuro-pneumonie.

J'ai vu un autre cas de cette coïncidence multiple (endo-péricardite et pleuro-pneumonie) chez une demoiselle d'environ 20 ans, d'une forte constitution, place St.-Michel, auprès de laquelle je fus appelé en consultation, avec MM. Husson et Focillon (de nouvelles émissions sanguines triomphèrent de cette grave affection, qui avait paru désespérée à l'un des consultans).

Le 10 juin 1838, je fus appelé auprès de M. Am*** par son frère, étudiant en médecine. Il était alité depuis un mois déjà par suite d'un violent rhumatisme articulaire aigu. Le malade, très fortement constitué, avait été saigné deux fois seulement les deux premiers jours, et douze sangsues avaient été appliquées à l'anus et au creux de l'estomac. Les jointures étaient à-peu-près entièrement dégagées, et cependant la fièvre persistait dans toute son intensité première. Je constatai l'existence d'une magnifique endocardite. Soigné par moi et par M. le docteur Jul. Pelletan, M. A*** se rétablit complètement.

L'année suivante, je traitai, de concert encore avec M. Jul. Pelletan, M. de G***, atteint d'un violent rhumatisme articulaire aigu, avec légère endocar-

sanguin. Il éprouvait depuis quelques années, les symptômes d'une *maladie du cœur,* tels que palpitations violentes, étouffemens, etc.

Au moment où je l'examinai, les battemens du cœur et des artères étaient très forts, bien qu'il n'éprouvât alors aucune émotion, et qu'il n'eût fait aucun exercice; on entendait un double bruit de soufflet dans la région précordiale.

En interrogeant le malade sur ses *antécédens,* je n'en obtins d'abord aucune déclaration relative à l'existence d'un rhumatisme antérieurement aux palpitations, etc. Mais bientôt sa femme et lui m'apprirent qu'il y a trois ou quatre ans, il avait eu la *goutte*, c'est-à-dire que ses pieds et ses mains avaient été douloureux, très enflés, etc.

Chez ce malade, le cœur était vraiment énorme (j'en évaluai approximativement le poids à 20 onces).

OBSERVATION LXII.

Vers la même époque, je vis en consultation avec M. le docteur Vassal, un jeune homme de seize ans, qui était atteint d'une grave *maladie organique* du cœur, désignée par cet honorable confrère sous le nom d'*hypertrophie* du cœur.

M. Vassal considérait cette hypertrophie comme hérédi-

dite. Traitée avec une grande énergie (sept à huit livres de sang furent retirées en quatre jours), cette fièvre rhumatismale des plus intenses fut complétement enlevée dans le premier septénaire, et le malade reprit ses forces avec une grande rapidité.

26 janvier 1839. Je fus appelé auprès de M. Al***, 167 rue Montmartre. Il était traité pour un rhumatisme articulaire aigu généralisé; les douleurs étaient presque totalement dissipées, mais il n'en restait pas moins une fièvre très forte. Je ne tardai pas à me convaincre, par une exploration attentive, qu'elle était entretenue par une endocardite parfaitement caractérisée, méconnue par le médecin ordinaire... Un peu plus tard, M. Raciborski donna des soins à ce malade, et constata comme moi l'existence de l'endocardite rhumatismale. Enfin, dans le cours de cette même année 1839, j'ai pris note de deux autres cas de coïncidence d'endo-péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu. Le sujet de l'un de ces deux cas était une jeune dame de Verdun, que je vis avec M. le docteur Coqueret; le sujet du second cas est M. Seg., qui a été interne dans le service de M. Jadioux.

taire. Il ne s'était point encore enquis auprès du malade ou de ses parens, s'il avait existé un rhumatisme antérieurement aux accidens qui s'étaient manifestés du côté du cœur.

A peine eus-je fait cette demande, en présence de M. Blandet, étudiant en médecine, que le malade nous déclara qu'il avait éprouvé une attaque de rhumatisme, qui s'était prolongée, en diminuant d'intensité, durant une année entière (les pieds et les genoux avaient été plus particulièrement pris).

Au moment de l'examen, il existait encore quelques légères douleurs articulaires, et les genoux étaient gros, pour ainsi dire hypertrophiés.

Les symptômes d'une grave affection *organique* du cœur (palpitations, étouffemens, etc.) ne dataient que de huit mois, c'est-à-dire qu'ils étaient survenus quatre mois environ après le début du rhumatisme.

Je constatai les signes suivans : voussure très prononcée de la région précordiale; matité de la même région dans une étendue de quatre pouces verticalement et transversalement; battemens du cœur très forts et très étendus; double bruit de soufflet, léger au premier temps, très fort et prolongé au second temps, et offrant son maximum d'intensité vers l'orifice aortique; frémissement vibratoire dans la région du cœur, frémissement que l'on sent aussi dans les artères sous-clavières; pouls vibrant, assez large, un peu *frémissant*, etc.

Diagnostic. *Epaississement*, *induration*, *insuffisance des valvules gauches du cœur, surtout des valvules aortiques, hypertrophie générale du cœur*, *le tout consécutif à une endocardite rhumatismale négligée.*

OBSERVATION LXIII.

En mars 1838, j'ai vu en consultation avec MM. Guersant et Cruveilhier, madame P. de Ch., âgée d'environ trente-cinq ans, elle était affectée d'une *maladie dite organique du cœur* parfaitement caractérisée (*hypertrophie considérable du cœur; épaississement*, *induration des valvules gauche, etc.*), qui s'était développée à la suite d'un violent rhumatisme articulaire aigu, long-temps prolongé et dont elle ne

se rétablit jamais complètement (*elle ne fut saignée que deux fois dans le cours de la maladie ; et n'eut que deux ou trois applications de sangsues aux articulations*). Elle succomba, dans le courant de l'année 1838, aux suites de sa maladie *chronique-organique* du cœur.

OBSERVATION LXIV.

Le lundi 4 juin 1838, je fus appelé pour une demoiselle de 29 ans (mademoiselle Rat..., 42, rue d'Enfer). A la suite d'un rhumatisme articulaire aigu prolongé et peu énergiquement traité, qu'elle essuya vers l'âge de 10 ans, elle fut atteinte d'une *maladie organique du cœur* (*énorme hypertrophie du cœur avec épaississement, induration, etc., des valvules, etc*). Entre autres signes, il existait un magnifique bruit de soufflet aux deux temps avec un très beau frémissement vibratoire.

OBSERVATION LXV.

Le 6 juin 1838, M. le docteur P... vint me consulter pour une affection semblable à la précédente (double bruit de souffle, battemens du cœur dans une grande étendue, etc.). Il ne me parlait point de plusieurs attaques de rhumatisme articulaire qui avaient duré très long-temps, lorsque je lui dis qu'il avait eu probablement autrefois un rhumatisme. Ce fut alors qu'il m'apprit qu'il en avait essuyé, en effet, plusieurs attaques.

OBSERVATION LXVI.

Le 15 juin 1838, je vis, avec M. le docteur Tanchou, une demoiselle de dix-sept ans et demi (141, Vieille-rue-du-Temple). Elle était affectée d'une hypertrophie du cœur et d'une induration des valvules, etc., à la suite de deux ou trois attaques prolongées d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé.

OBSERVATION LXVII.

En juillet 1838, je fus consulté par M. Len..., jeune homme d'environ dix-huit ans. Il était atteint d'une grave maladie organique des valvules du cœur qui était en même temps hypertrophié, à la suite d'une attaque d'un violent rhumatisme articulaire aigu, mal traité. Je le fis entrer aux Néothermes,

où je continuai à le voir avec mon honorable confrère, M. le docteur Yvan. Il en sortit soulagé et se rendit à Saint-Malo. Il y reçut les soins de M. le docteur Chapel fils, mon ancien élève et mon ami. Il finit par succomber, au bout de quelques mois, aux accidens dyspnéiques dont la lésion des valvules du cœur était la cause.

OBSERVATION LXVIII.

Le 5 août 1838, je fus consulté par une dame de vingt-sept ans, atteinte d'une maladie organique du cœur et des valvules, survenue à la suite de deux attaques de rhumatisme articulaire, dont cette dame, comme tant d'autres malades dans le même cas, ne m'aurait rien dit, sans mes interrogations sur ce sujet.

OBSERVATION LXIX.

Le 11 août 1838, je fus appelé chez madame Des... Elle était atteinte d'une lésion organique des valvules du cœur. Elle avait eu des rhumatismes articulaires à diverses reprises.

OBSERVATION LXX.

Le 11 octobre 1838, je fus consulté par un M. de Châlons, atteint d'une *maladie organique du cœur,* à la suite de rhumatisme articulaire.

OBSERVATION LXXI.

Le même jour, le fils du domestique de M. A. Bérard, âgé de quatorze ans, vint me consulter de la part de ce confrère. Il était atteint d'une hypertrophie considérable du cœur, d'un épaississement avec induration des valvules du cœur, etc., le tout consécutif à un rhumatisme articulaire aigu.

OBSERVATION LXXII.

Dans le mois de mai 1839, j'ai soigné aux Néothermes, M. Del... et son neveu, atteints tous les deux, mais le neveu à un degré plus grave (il est âgé de dix-huit ans), d'une lésion organique du cœur et des valvules, consécutive à un rhumatisme articulaire aigu, prolongé pendant plusieurs semaines.

Le cœur est vraiment d'un développement monstrueux chez le jeune homme; sa pointe bat avec force dans le sixième espace intercostal, agrandi ainsi que le cinquième et le quatrième (cette pointe bat à quatre pouces environ plus bas que le mamelon, tandis qu'à l'état normal elle ne frappe qu'à un pouce, un pouce et demi plus bas que cette partie); la saillie et la voussure de la région précordiale frappent les yeux les moins exercés. Il existe un double bruit de soufflet que l'on entend dans une très grande étendue.

Des saignées, des ventouses, un vésicatoire et la digitale, ont très notablement amélioré l'état de l'oncle.

OBSERVATION LXXIII.

Le 23 juin 1839, un étudiant en médecine (rue de Seine, 29) me fit appeler. Il n'était pas encore guéri des suites d'un rhumatisme articulaire qui datait du mois de février, et qui l'avait retenu constamment au lit pendant plus de six semaines. L'année précédente, il avait éprouvé une attaque de la même maladie.

Quoi qu'il en soit, quand je l'examinai, le cœur était énormément hypertrophié, et dans toute la région précordiale et au-delà, on entendait, au lieu du claquement valvulaire normal, un double bruit de soufflet râpeux, effet d'une lésion organique des valvules (peut-être existait-il aussi, dans ce cas, un frottement péricardique, suite de péricardite coexistant avec l'endocardite rhumatismale).

OBSERVATION LXXIV.

Le 19 décembre 1839, je fus consulté par un instituteur d'une trentaine d'années, qui se plaignait de divers symptômes propres aux maladies du cœur. Après avoir bien constaté chez lui les signes caractéristiques d'une lésion *organique* des valvules gauches du cœur, lequel était en même temps hypertrophié, je lui annonçai qu'il avait eu, sans doute, un rhumatisme articulaire aigu. Il me déclara qu'il avait été, en effet, atteint de cette maladie, et qu'il en avait été traité par M. le docteur C.........

Il existait chez lui un beau bruit de soufflet double, plus fort au premier temps, etc. (1).

Les cas que je viens de consigner ici sont plus que suffisans pour prouver que, dans la ville comme dans les hôpitaux, le nombre des rhumatisans chez lesquels on constate la coïncidence d'une inflammation du cœur pendant l'existence du rhumatisme, ou chez lesquels on voit survenir une grave *lésion organique* du cœur, par suite d'une endocardite simple ou d'une endo-péricardite *non guérie*, est vraiment effrayant. Ces cas ne sont pas néanmoins les seuls que j'aie rencontrés, et je citerai parmi les médecins avec lesquels j'en ai observé d'autres, MM. les docteurs Alquié, Roche, Sarrazin, Fossati, Baumetz, Magistel, Chamberet et Dhéré, Durnerin, etc.

SECONDE SECTION.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES LÉSIONS ANATOMIQUES OU DES DIVERSES ALTÉRATIONS MATÉRIELLES QUE LE RHUMATISME ARTICULAIRE ENTRAINE A SA SUITE.

ARTICLE PREMIER.

Caractères anatomiques du rhumatisme articulaire aigu.

Étudions successivement les lésions des tissus malades eux-mêmes et celles des produits normalement sécrétés par ces tissus, par les membranes synoviales en particulier.

§ 1er. *Lésions de l'appareil séro-fibreux et des cartilages articulaires.*

On a trouvé les synoviales rouges, épaissies, ramollies, plus faciles à détacher que dans l'état normal (d'un aspect velouté chez le sujet de l'observation XXXII).

(1) M. le docteur Raciborski auquel j'ai adressé ce malade, a constaté de son côté ce phénomène, ainsi que les autres signes des lésions indiquées plus haut.

La rougeur de la synoviale, soit seule, soit avec épaississement de la synoviale, a été signalée chez les sujets des observations I, III, IV, V, XII, XIV, etc.

Cette rougeur présente divers degrés, des nuances plus ou moins prononcées, depuis la simple teinte rosée, jusqu'à la teinte rouge foncé ou même livide. Il en est ainsi de l'épaississement de la synoviale. Chez le sujet de l'observation XXVIII, il a été noté que la synoviale avait deux ou trois lignes d'épaisseur (quatre à cinq millim.), ce qui nous paraît considérable.

Au reste, la rougeur ne se rencontre pas également dans toutes les périodes de la maladie, et il en est même où elle manque complètement. A sa place, on trouve une teinte terne, grisâtre, etc. Dans les observations qui nous fournissent les élémens de cette description, il n'est pas question, à l'occasion de la rougeur, d'arborisations vasculaires, en sorte que cette rougeur paraît devoir être assimilée à celle que l'on observe sur les membranes séreuses, et qui affecte la forme de plaques, de bandes, etc., d'un rouge *continu* (1). Le tissu cellulaire sous-synovial n'ayant pas été examiné, nous n'avons rien à dire sur l'injection et la rougeur dont il aurait pu être le siège.

Dans quelques cas, et lorsque la maladie avait duré un certain temps, on a trouvé la synoviale *détruite, ulcérée* en quelques points (observations XXVIII, XXX).

Enfin, dans les cas d'épanchemens articulaires, les synoviales sont distendues plus ou moins, selon la quantité du liquide épanché.

Les observations précédemment rapportées nous apprennent bien peu de chose soit sur les franges synoviales, soit sur les ligamens et les capsules fibreuses (les ligamens et la capsule fibreuse sont notés *intacts* dans quelques observations, dans les XXVIII, XXX et XXXV, par exemple; dans la

(1) Dans l'observation V, il est même dit expressément qu'on ne pouvait apercevoir de traces de vaisseaux, d'arborisations proprement dites, bien que les synoviales fussent en plusieurs points d'un rouge plus ou moins vif (*d'un côté, c'étaient de petites plaques roses, ailleurs la couleur était foncée*).

XXXIV, on note un ramollissement des ligamens baignés par le pus). C'est là une lacune qu'il est réservé à des observations ultérieures de faire disparaître.

Comme les synoviales, les cartilages et les fibro-cartilages articulaires ont été trouvés épaissis, tuméfiés, ramollis. De plus, ils ont aussi subi quelquefois un travail d'érosion, d'ulcération, de destruction; et dans quelques cas, les altérations des cartilages avaient pénétré jusqu'à la substance osseuse elle-même. Rappelons ici quelques faits particuliers comme exemples des altérations dont il s'agit: chez le sujet de l'observation III, en même temps que les synoviales étaient *très rouges* et épaissies, les *cartilages paraissaient un peu ramollis;* chez le sujet de l'observation XI, les *cartilages* de l'articulation fémoro-tibiale gauche *étaient ramollis*, et *les fibro-cartilages détruits sur quelques points;* chez le sujet de l'observation XIV, *les condyles du fémur gauche étaient érodés;* chez le sujet de l'observation XVI, *tuméfaction légère de la tête des os du poignet gauche*, et *ulcération des surfaces articulaires des os pisiforme et cunéiforme.* Chez le sujet de l'observation XXVIII, *la surface articulaire de l'extrémité inférieure du fémur était rouge et très inégale; les cartilages de la rotule et de la poulie articulaire du fémur étaient en partie détruits;* chez le sujet de l'observation XXXI, *dénudation et carie des surfaces articulaires des extrémités inférieures du radius et du cubitus, de celles des os du carpe, avec teinte rouge de ces surfaces; dénudation, carie de la face postérieure de la rotule droite et des condyles des fémurs* (*ici la carie existait sous forme de petits trous*).

§ II. *Altérations de la synovie, production de pus et de pseudo-membranes ou épanchemens articulaires.*

Il est bien certain que la matière de tous les épanchemens articulaires dont on constate l'existence pendant la vie chez les individus atteints de rhumatisme articulaire aigu, ne consiste pas en un véritable pus ou même en une simple synovie purulente avec pseudo-membranes. En effet, il est certains degrés où cette maladie, à l'instar de plusieurs

autres de la même famille, augmente les sécrétions séreuses, sans les altérer au point de les transformer en une véritable suppuration. Dans ces degrés légers ou moyens, la *quantité* du *secretum* normal est augmentée sans altération grave et profonde de ses qualités. Mais, dans le rhumatisme articulaire très intense, soit général, soit surtout partiel et fixe, il n'en est plus ainsi, et d'abondans épanchemens de véritable pus ou d'une synovie purulente et pseudo-membraneuse s'opèrent dans les cavités articulaires, ou dans l'intérieur des synoviales, comme il se forme des épanchemens de pus ou de sérosité pseudo-membraneuse dans les cas de péricardite et de pleurésie, que ces affections coïncident ou non avec un rhumatisme articulaire. Toutefois, c'est ici le lieu de faire remarquer que les épanchemens purulens si souvent rencontrés à la suite des péricardites *rhumatismales*, étant l'effet d'une maladie du péricarde qui est essentiellement la même que celle des synoviales rhumatisées, étant, en un mot, l'effet d'un violent *rhumatisme* du péricarde, il ne faut pas s'étonner de voir le rhumatisme violent des synoviales, c'est-à-dire une sorte de péricardite de ces membranes, se terminer aussi par des épanchemens purulens semblables aux précédens, sauf les modifications provenant des différences de texture ou d'organisation qui existent entre les membranes séreuses proprement dites et les séreuses synoviales.

Au reste, pour résoudre la question qui nous occupe, pour savoir à quoi s'en tenir sur les changemens que le liquide sécrété par les synoviales peut subir sous le double rapport de sa *quantité* et de sa *qualité*, dans le cas de rhumatisme articulaire, il faut consulter les faits. Or, voici ce que nous apprennent les observations rapportées ci-avant.

Commençons par reconnaître que, parmi nos observations de rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé il n'en est aucune dans laquelle on n'ait rencontré, après la mort, qu'une augmentation pure et simple de la quantité de synovie qui lubréfie normalement l'intérieur des articulations (1).

(1) Un cas qui se rapproche autant que possible du genre de ceux caracté-

La raison de ce fait est facile à donner : c'est que la forme purement *hypercrinique* ou supersécrétoire du rhumatisme articulaire n'est pas celle qui entraîne ordinairement la perte des malades.

La matière des épanchemens articulaires dont nous avons rapporté trente-trois exemples (1) s'est présentée sous différens aspects que nous allons rappeler.

1° Dans vingt-et-un de ces trente-trois cas, les épanchemens étaient formés de pus véritable, louable, bien lié, homogène, phlegmoneux, quelquefois jaunâtre (voy. les observ. I, II, III, IV, VII, VIII, IX, XI, XV, XVI, XX, XXI de la première catégorie ; XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXIX, XXX, XXXIII, XXXIV, XXXV de la seconde catégorie).

2° Dans un cas (XIX) le pus était séreux et sanguinolent (il provenait de l'articulation du genou, et on lui avait donné issue par une incision).

3° Dans six cas, il existait un mélange de pus et de synovie ou une synovie purulente, trouble (observ. X, XII, XIII, XIV, XXII, XXXII). Dans l'un de ces cas (XXXII), il existait en même temps une couche membraniforme sur la synoviale malade, qui était celle du genou droit.

risés par les circonstances ci-dessus énoncées, a été rapporté par Pinel. Un individu de 34 ans, ayant succombé à un rhumatisme dit *musculaire* assez compliqué, on trouva dans l'articulation scapulo-humérale droite une synovie *jaunâtre*, plus *épaisse*, plus abondante que dans l'état ordinaire. Toutefois, même dans ce cas où, si la description est bien exacte, la synovie ne paraît pas avoir été purulente, ce liquide était plus *épais* en même temps que plus abondant qu'à l'état normal. Deux cas du même genre ont été rapportés dans une thèse de M. William Vergne, soutenue en 1836.

(1) Le nombre des observations particulières rapportées dans cet ouvrage, comme matériaux de l'anatomie pathologique du rhumatisme, est de trente-cinq ; mais nous faisons abstraction ici de deux de ces observations (XVII et XXXVII), attendu qu'elles sont uniquement relatives à un rhumatisme musculaire. Ajoutons toutefois que dans ces deux cas, la maladie s'était terminée par suppuration, par abcès. L'un d'eux (obs. XVII) était relatif à un rhumatisme chronique, et dans ce cas, la matière des collections purulentes consistait soit en un *liquide séreux, jaunâtre, grumeleux*, soit en un *liquide analogue à de l'huile blanchâtre, contenant des flocons albumineux.*

4° Dans un cas (observ. vi), on ne rencontra que des flocons albumineux; dans un autre, il existait un liquide séro-albumineux (observ. xviii). Dans ce dernier cas, le rhumatisme, d'abord aigu, était passé à l'état chronique, et l'on pourrait élever quelques doutes sur le véritable foyer du pus.

5° Dans un cas (observ. v), l'épanchement était constitué par une *synovie épaisse, jaunâtre, trouble, semblable à de l'huile concrète, ou mieux, au fluide spermatique, si l'on suppose celui-ci coloré en jaune*. Dans un autre cas (observ. xxviii), la synovie était d'une couleur jaunâtre et avait plus de consistance qu'à l'état normal (l'affection articulaire semblait à-peu-près terminée, lorsque le sujet de cette observation fut enlevé par une maladie intercurrente).

6° Enfin, dans un dernier cas (observ. xxxi), il n'est question ni de pus ni de synovie purulente, etc., mais simplement de *sérosité amassée dans la cavité de l'humérus qui reçoit l'olécrane* (1).

Voilà pour la *qualité* des épanchemens articulaires.

La *quantité* de ces épanchemens ne se trouve point *précisée* ou rigoureusement déterminée, *mesurée*, dans la plupart des observations que nous résumons. Il n'est guère que les observations xxx et xxxii dans lesquelles cette détermination ait eu lieu. Dans la première, l'articulation de l'épaule

(1) C'est une chose digne d'être notée que le petit nombre de cas dans lesquels on a rencontré quelques flocons ou quelques couches de matière pseudo-membraneuse ou plastique, ainsi que l'absence d'adhérences récentes entre les surfaces contiguës des articulations. Il n'en est pas ainsi dans les inflammations avec épanchement des membranes séreuses proprement dites, telles que la plèvre et le péricarde en particulier. D'après les faits actuellement connus, on peut donc établir que la formation de pseudo-membranes organisables, et par suite l'établissement d'adhérences accidentelles, sont bien plus rares dans l'inflammation aiguë des membranes synoviales que dans celle des membranes séreuses proprement dites. Grâce à cette particularité, qui semblerait militer en faveur des causes finales ou de la prévoyance de la nature, les articulations rhumatisées conservent, après la guérison, toute la liberté de leurs mouvemens, dans une foule de cas où il n'en eût pas été de même, si des adhérences accidentelles s'étaient formées, comme il arrive à la suite de la pleurésie, etc.

droite contenait une *once* (30 grammes) de *pus louable ;* dans la seconde, la synoviale du genou droit renfermait *un ou deux verres d'un liquide séreux, purulent, et de véritable pus avec une couche membraniforme sur cette synoviale.*

Dans divers cas, on se borne à dire que plusieurs articulations étaient pleines de pus, qu'il existait une grande quantité de pus dans les articulations (observ. I, II, III, IV, XI, XV).

Au reste, cette quantité a dû être très variable, comme on le conçoit, selon l'étendue et le nombre des synoviales affectées.

Avant de terminer ce paragraphe, nous ajouterons que ce n'est pas seulement dans les synoviales articulaires, mais aussi dans les synoviales des tendons et dans le tissu cellulaire musculaire que des collections purulentes plus ou moins abondantes ont été rencontrées chez un bon nombre des sujets dont nous avons rapporté les observations. C'est qu'alors il existait en même temps un rhumatisme articulaire, un rhumatisme musculaire et un rhumatisme des gaînes tendineuses. Si nous n'insistons pas plus long-temps sur cette circonstance non plus que sur les altérations des muscles, telles que le ramollissement, etc., et sur celles des aponévroses, du périoste, des os eux-mêmes, c'est que nous ne traitons spécialement, dans cet ouvrage, que du rhumatisme articulaire.

Les vaisseaux des membres frappés d'un long et violent rhumatisme qui s'est terminé d'une manière funeste, les veines surtout présentent assez souvent, comme le démontrent plusieurs de nos observations, des altérations plus ou moins profondes, soit que ces vaisseaux aient été frappés eux-mêmes d'inflammation rhumatismale, soit que l'inflammation rhumatismale des articulations et des muscles se soit propagée jusqu'à eux par voie de contiguïté; mais la description de ces altérations n'entre pas dans notre cadre et nous entraînerait trop loin.

C'est par les mêmes raisons que nous ne présenterons point ici l'anatomie pathologique des *accompagnemens intérieurs*

ou viscéraux du rhumatisme articulaire aigu. Ces *rhumatismes intérieurs*, et spécialement l'*endocardite et la péricardite rhumatismales*, ne doivent pas plus être décrits à l'occasion du rhumatisme articulaire, que celui-ci ne devrait l'être à l'occasion de l'endocardite et de la péricardite de même origine que lui.

Ce qu'il fallait savoir, c'est le grand fait de la coïncidence de ces affections les unes avec les autres. Or, nous n'avons rien négligé pour bien convaincre nos lecteurs de cette vérité. pour les détails qui se rattachent à l'anatomie pathologique de l'endocardite et de la péricardite, comme pour les détails relatifs aux autres points de vue sous lesquels ces maladies peuvent être étudiées, nous renvoyons aux faits particuliers d'une part, et d'autre part à notre *Traité clinique des maladies du cœur,* où se trouve leur *description générale.*

ARTICLE SECOND.

Caractères anatomiques du rhumatisme articulaire chronique.

La plupart des diverses lésions *organiques* que le rhumatisme articulaire prolongé entraîne à sa suite, sont plutôt du ressort de la chirurgie que de la médecine proprement dite. Ces lésions sont essentiellement, en effet, celles que l'on rencontre dans les affections chirurgicales vulgairement désignées sous les noms de *tumeurs blanches* et d'*ankyloses* (1).

§ Ier. *Lésions* organiques *de l'appareil séro-fibreux, des extrémités articulaires des os et des parties adjacentes.*

I. *Membranes et franges synoviales.* Les lésions de ces élémens articulaires consistent en 1° un épaississement, une hypertrophie plus ou moins considérable, avec ou sans dégé-

(1) La terminaison du rhumatisme articulaire que nous signalons ici a été expressément admise par M. Cruveilhier : « Le rhumatisme articulaire, dit-il, est une inflammation qui a pour résultats toutes les terminaisons possibles de l'inflammation, et en particulier la suppuration et les dégénérations de tissu, connues sous le nom de tumeurs blanches. » (*Anat. pathol. du corps humain, 4e livrais.*)

nérescence bien notable de tissu; 2° des *érosions*, des *ulcérations* ou *destructions* plus ou moins étendues et de forme diverse (1).

A la surface libre des membranes synoviales, suivant certains auteurs, au-dessous d'elles selon d'autres, se déposent des amas de matière crétacée ou plâtreuse, genre d'altération qui semblerait concourir à mettre hors de doute l'existence d'un repli de la synoviale capsulaire autour des cartilages, fait contesté, comme on sait, par quelques anatomistes.

II. *Capsules fibreuses et ligamens.* Ces parties sont susceptibles des mêmes altérations que les membranes synoviales, et spécialement d'épaississement, d'hypertrophie et d'induration. Les altérations de ces parties ont, avec celles des synoviales, des rapports que l'on peut comparer avec ceux qui existent entre les altérations de l'endocarde et les altérations du tissu fibreux et musculaire sous-jacent, dans les cas d'endocardite rhumatismale.

Les ligamens inter-osseux ou inter-articulaires participent spécialement aux diverses lésions des synoviales, et, comme elles, peuvent être érodés, ramollis, quelquefois même entièrement détruits, ainsi qu'il est arrivé dans un cas que j'ai tout récemment observé, et dans un autre sur lequel M. Gerdy vient de faire dernièrement un rapport à l'Académie de Médecine (2).

(1) L'épaississement de la membrane synoviale existe bien rarement sous la forme simple ou purement hypertrophique. Dans un cas d'arthrite chronique, d'origine traumatique, M. Bégin dit avoir *vu la membrane synoviale présenter, avec une texture molle et comme lardacée, une épaisseur de plus d'un pouce, sous laquelle les cartilages, demeurés sains, étaient comme enfouis* (ARTICLE *Arthr. traum. du Dict. de Méd. et de Chir. pratiq.*).

(2) Rapport de M. Gerdy sur un rhumatisme inflammatoire aigu, qui a profondément altéré les parties molles et les os, qui a causé la mort, et dont l'observation a été présentée par M. le docteur Ballot, de Gyen, publié dans les numéros 136 et 137 de l'EXPÉRIENCE, pour l'année 1840.

Le sujet de cette observation, âgé de 20 ans, ne mourut qu'après cent cinq jours de maladie, c'est-à-dire à une époque où le rhumatisme articulaire était passé à l'état chronique. « L'articulation iléo-fémorale, qui en avait été le

15

III. *Extrémités articulaires des os, cartilages et fibro-cartilages.* Les extrémités articulaires des os sont plus volumineuses qu'à l'état normal, *hypertrophiées*, tantôt avec augmentation de densité, qui peut s'élever jusqu'à l'éburnification, tantôt avec ramollissement (dans une observation rapportée par Pinel, les têtes des os, ainsi ramollies, *pouvaient être facilement coupées*). L'hypertrophie peut d'ailleurs être générale ou partielle.

On se tromperait fort si l'on croyait que l'hypertrophie des extrémités articulaires des os ne se manifeste que *très longtemps* après le début d'un violent rhumatisme articulaire. En effet, d'après un certain nombre de faits que j'ai recueillis depuis quelques années, il m'est démontré qu'un rhumatisme articulaire aigu en général, et des genoux en particulier, peut, quand il n'est pas assez énergiquement combattu, amener une véritable hypertrophie des extrémités articulaires vers la fin du premier mois.

Les fibro-cartilages et surtout les cartilages articulaires sont souvent ramollis, ulcérés ou cariés, amincis, usés, et il n'en reste plus quelquefois aucun vestige. Ainsi dépouillées de leurs cartilages, les extrémités des os peuvent présenter des ulcérations ou caries plus ou moins profondes; on y observe aussi des boursouflemens, des végétations rougeâtres, fongueuses, de véritables bourgeons charnus. Les surfaces ulcérées contractent entre elles des adhérences, des soudures, et de cette sorte de cal anormal résultent des ankyloses plus ou moins complètes. Il ne faut pas confondre ces ankyloses avec celles qui pourraient être le résultat d'adhérences établies entre les surfaces opposées des extrémités articulaires des os par suite de l'organisation d'une matière plastique sécrétée par les synoviales (genre de sécrétion assez rare, comme nous l'avons noté précédemment).

IV. *Tissu cellulaire péri-articulaire, gaînes tendineuses.* Le tissu cellulaire, qui entoure les articulations malades, est assez souvent envahi par le travail morbide dont les syno-

siège principal, ulcérée et ouverte à son côté externe, dépouillée de cartilage, cariée sur ses deux os, *était privée de ligament inter-osseux.* »

viales et les ligamens articulaires sont le siège primitif. De là son épaississement, son boursouflement, son induration, son infiltration d'une matière demi concrète, gélatiniforme, etc.

Les gaînes tendineuses peuvent offrir les mêmes altérations que les capsules articulaires elles-mêmes. Dans un cas, rapporté par Pinel, *les gaînes tendineuses voisines d'une articulation malade, étaient boursouflées et remplies d'une sorte de mucilage rougeâtre.*

V. Les solutions de continuité produites par le travail ulcératif, peuvent comprendre toute l'épaisseur des parois articulaires, et de là ces communications anormales entre l'extérieur et l'intérieur des articulations connues sous le nom de *fistules articulaires* (cette communication anormale peut survenir dans la période aiguë d'un rhumatisme articulaire par l'effet d'un épanchement purulent qui s'est fait jour au-dehors, ainsi que nous en avons rapporté divers exemples).

§ II. *Produits de sécrétion, épanchemens articulaires.*

Les épanchemens purulens que nous avons signalés dans le précédent article, sont au nombre des altérations que l'on rencontre à la suite du rhumatisme articulaire chronique. Les auteurs ne nous apprennent rien de bien satisfaisant sur les modifications que subit la matière de ces épanchemens par le fait du passage de l'état aigu à l'état chronique. Nos propres observations ne nous permettent pas et ne nous permettront jamais de combler cette lacune, attendu que, comme nous le verrons à l'article du traitement, la méthode que nous employons, bien appliquée, prévient constamment le passage de la maladie à l'état chronique (1).

(1) Dans les cas très rares où, par suite d'une incomplète application de cette méthode, un rhumatisme articulaire aigu est passé à l'état chronique, nous avons été assez heureux pour prévenir une terminaison funeste (nous rapporterons en temps et lieu les cas dont il s'agit). Depuis huit ans que tous les cas de rhumatisme admis dans mon service ont été recueillis avec soin, je n'ai donc point eu l'occasion de faire une seule fois l'examen cadavérique d'une articulation affectée d'un rhumatisme articulaire chronique.

En compulsant mes notes cliniques, j'y trouve un fait qui se rapporte à

Nous avons déjà dit un mot plus haut de ces dépôts crétacés ou plâtreux que l'on rencontre à la surface libre ou à la surface adhérente des synoviales. C'est ici le lieu de rappeler ce que les auteurs ont dit à ce sujet. Ils ont décrit ces produits anormaux ou accidentels sous le nom de *tophus*, masses ou concrétions *tophacées*. Ces concrétions affectent tantôt une forme plus ou moins régulièrement globuleuse, sphéroïdale, tantôt la forme d'une couche plus ou moins épaisse, d'un à quatre millimètres d'épaisseur, par exemple. Ces concrétions font quelquefois saillie dans l'intérieur de l'articulation, et d'autres fois on les trouve dans l'épaisseur même des extrémités articulaires des os ou des ligamens dont elles ont en quelque sorte disséqué les fibres.

Les concrétions accidentelles que nous signalons ici, sont pour le tissu séro-fibreux des articulations, ce que sont pour les tissus séro-fibreux du cœur et des artères, les concrétions calcaires qu'on y rencontre à la suite de l'inflammation chronique de ces parties, inflammation qui, comme nous l'avons démontré, est le plus souvent elle-même d'origine rhumatismale. Les seules différences qui existent dans les cas que nous comparons, tiennent aux différences de structure et de dispositions physiques des parties. On peut encore rapprocher les productions qui nous occupent de celles que la périostite chronique entraîne à sa suite, périostite qui peut aussi se développer sous une influence rhumatismale (1).

notre sujet; le voici: « Le 23 juillet 1828, j'assistai à l'ouverture d'un individu, qui avait succombé dans le service chirurgical de la Charité, par suite d'une *arthrite chronique*. On trouva une *carie et une suppuration des articulations tibio-fémorale et fémoro-coxale, avec couleur noire, ardoisée, des parties cariées*. J'ignore, il est vrai, si dans ce cas l'arthrite chronique était d'origine *rhumatismale*.

(1) Je n'insisterai point ici sur la *physiologie* ou le mécanisme de la formation et du développement des concrétions arthritiques. On peut appliquer à cette *espèce* des *cristallisations organiques*, ce que j'ai dit ailleurs des concrétions crétacées, calcaires, des ossifications des valvules ou des artères.

J'ajouterai seulement que les concrétions plâtreuses ou tophacées des articulations, ont spécialement été rencontrées dans cette forme de rhumatisme

§ III. *Lésions de rapport, de contiguïté et de conformation des extrémités articulaires.*

Au lieu d'être contiguës et mobiles les unes sur les autres comme à l'état normal, les surfaces articulaires, ainsi que nous l'avons déjà noté plus haut, peuvent contracter entre elles des adhérences générales ou partielles. Elles se soudent,

articulaire chronique que l'on désigne vulgairement sous le nom de *goutte*, ou de rhumatisme *goutteux*, maladie qui, chez un bon nombre de sujets, coïncide avec la *gravelle*. Il n'est pas de mon sujet de m'appesantir sur cette coïncidence, et sur les conditions qu'elle suppose. Je terminerai par l'exposition de quelques recherches chimiques sur les concrétions tophacées.

Tennant paraît être le premier auteur qui se soit occupé de l'analyse chimique de ces concrétions (1797). Il les trouva composées d'urate de soude et d'une petite quantité de matière animale. Plus tard, Fourcroy en France, et Wollaston, en Angleterre, confirmèrent l'analyse de Tennant.

Dans une concrétion arthritique analysée par lui, Vogel, outre les produits déjà nommés, trouva de l'urate de chaux et un peu de chlorure de sodium.

Dans une concrétion extraite de l'articulation tibio-fémorale d'un goutteux, Laugier trouva 2 parties d'acide urique, 2 parties d'urate de soude, 1 partie d'urate de soude, 1 partie de chlorure de sodium, 2 parties de matière animale et 2 parties d'eau.

Enfin, plus récemment encore, M. E. Barruel analysant, sous la surveillance de son père, une concrétion goutteuse qui lui avait été remise par M. Cruveilhier, la trouva composée d'un mélange d'urate de soude et de phosphate de chaux, le dernier en plus grande proportion.

De ce que les concrétions dont nous venons de parler se rencontrent dans l'épaisseur des tissus fibreux des articulations, quelques auteurs en ont récemment conclu que le rhumatisme articulaire chronique réside *primitivement et idiopathiquement* dans ces tissus. Les observations que nous avons rapportées répondent suffisamment à cette assertion. Certes, les épanchemens articulaires, qui ne manquent jamais dans les cas de violent rhumatisme articulaire un peu prolongé, ne permettent pas de considérer le tissu fibreux des articulations comme étant le siège *primitif, idiopathique*, de cette maladie.

D'autres auteurs enseignent que les concrétions tophacées sont le caractère essentiel ou *pathognomonique* de la *goutte*, et fondent sur ce caractère leur distinction entre cette maladie et le rhumatisme articulaire. Tel est, entre autres, M. le professeur Cruveilhier. Selon lui, la goutte n'est point une inflammation comme le rhumatisme articulaire, mais une *élaboration douloureuse d'une*

s'ankylosent par le mécanisme dont nous avons parlé, c'est-à-dire le plus souvent, sinon constamment, à la manière de deux surfaces ulcérées, mises en contact l'une avec l'autre, de sorte que, les cartilages articulaires étant détruits, les extrémités des os qui se correspondent sont unies entre elles par une véritable continuité de substance.

Selon les diverses conditions ou les divers accidens de ces unions anormales, les articulations offrent *extérieurement* différentes sortes de déviations et de contorsions. Dans quelques cas, il tend à se produire, et il se produit même soit des luxations incomplètes, soit des luxations complètes. En même temps que le volume des articulations est plus ou moins augmenté, leur forme peut aussi changer. Mais insister plus longtemps sur ce point serait envahir le domaine de l'anatomie pathologique chirurgicale, et nous renvoyons aux traités que les chirurgiens ont publiés sur les *tumeurs blanches et les ankyloses* (1)..

cause morbide, inconnue dans sa nature et qui se manifeste par la formation de l'urate de soude et du phosphate de chaux.

Il n'est pas de mon objet d'insister ici sur le diagnostic *différentiel* de la *goutte* et du *rhumatisme articulaire.* Mais ce qu'il y a de bien certain, c'est que des concrétions tophacées peuvent être le résultat d'un *véritable* rhumatisme articulaire chronique (Voy. l'observ. ci-après).

(1) L'observation suivante, extraite de la thèse inaugurale de M. Fauconneau-Dufresne est un remarquable exemple de la plupart des altérations qui viennent d'être signalées.

Un ex-capitaine, âgé de 50 ans, était sujet depuis dix ans à des douleurs rhumatismales qu'il attribuait au bivouac, lorsqu'il fut admis dans le service de M. Fouquier, le 14 juin 1824. Depuis 6 ans, l'affection rhumatismale revenait chaque année par attaques très violentes, qui n'étaient pas précédées de symptômes gastriques (jamais on n'avait eu recours à la saignée). La dernière attaque avait commencé depuis dix-sept jours. — Premières phalanges de la main droite presque immobiles sur les métacarpiens correspondans, et très peu mobiles sur les autres phalanges; doigts fléchis à angles droits sur la paume de la main et portés très obliquement en dehors; petites nodosités sur presque toutes les articulations des deux mains. Au coude droit, tumeur bosselée du volume d'une grosse noix; articulations huméro-cubitales fléchies à angle droit, et cependant mobiles jusqu'à un certain point; depuis dix-sept

§ IV.

De même que nous n'avons pas dû, à l'occasion des caractères anatomiques du rhumatisme articulaire aigu, décrire ceux de ses *accompagnemens intérieurs* à l'état également aigu, ainsi nous devons nous abstenir de traiter des *lésions organiques* consécutives à ces *rhumatismes*

jours, vives douleurs dans presque toutes les articulations, et plus particulièrement aux genoux, qui sont rouges, tuméfiés, fléchis sur les cuisses.

12 sangsues sur chaque genou, les cataplasmes, le repos, la diète dissipèrent les douleurs articulaires; mais le dévoiement qui les accompagnait persista, et le malade succomba le 15 juillet, dans le marasme.

Examen des articulations. — Toute la surface interne de l'*articulation fémoro-tibiale gauche* était recouverte de matière blanchâtre, rugueuse, inégale, sillonnée par de nombreuses stries qui, dans quelques points, laissaient voir la substance osseuse à nu : dans d'autres points, cette couche s'enlevait en grattant un peu fort, et laissait voir au-dessous d'elle le cartilage intact; elle semblait, dans le dernier cas, déposée entre le cartilage sain et la membrane synoviale; quelques portions de surface articulaire en étaient dépourvues; son épaisseur variait d'une demi-ligne à une ligne et demie et deux lignes. Cette matière était friable, et offrait la consistance, la couleur et l'ensemble des propriétés physiques du plâtre desséché. Près des surfaces articulaires, un peu en dehors, au-dessous de la rotule, cette couche était fort épaisse, et se trouvait en contact immédiat avec le tissu adipeux. Une grande portion de la face antérieure de la rotule en était recouverte dans l'épaisseur d'une ligne et demie (le siège était évidemment entre cet os et le ligament rotulien qui en revêt la face antérieure). Au-dessous d'elle, le tissu de la rotule était fortement injecté, mais la rougeur n'était que superficielle. Au centre de la rotule, on trouvait un noyau de la même substance, déposée dans les aréoles du tissu osseux, lequel noyau égalait le volume d'une noisette un peu aplatie, et ne communiquait pas avec la substance extérieure. Au-dessous de la rotule, en dedans du ligament rotulien, existait un kyste gros comme une noisette, rempli d'un liquide au milieu duquel nageait une immense quantité de petits grains, qui semblaient être la matière précédemment décrite, divisée en molécules extrêmement petites, et il en résultait un aspect assez semblable à du ciment. Tout le long du ligament rotulien, dans l'intervalle de ses faisceaux et de ses fibres, qui n'étaient nullement altérées, on retrouvait encore la même matière.

L'articulation fémoro-tibiale droite présentait, au niveau du condyle ex-

intérieurs chroniques à l'occasion de celles que détermine le rhumatisme articulaire également *chronique*. Nous nous contenterons de noter que, sauf les différences d'organisation et de structure physique, les lésions sont esssentiellement les mêmes pour les deux genres de rhumatisme. Ainsi, par exemple, à la suite des *rhumatismes chroniques* du cœur, on trouve 1° l'épaississement, l'induration, la dégé-

terne, une couche plus épaisse encore que celle du côté gauche; on trouva sous elle la substance osseuse, rugueuse et entamée.

Aux articulations tibio-tarsiennes, couche très mince et très lisse, qui semblait déposée entre le cartilage et la membrane synoviale. Au-devant de la surface articulaire du tibia, entre l'os et les parties ligamenteuses, couche plâtreuse épaisse d'un pouce.

Les articulations tarsiennes, et le plus grand nombre des articulations tarso-métatarsiennes et métatarsiennes étaient ankylosées. Des lignes blanches indiquaient le lieu de la soudure. La matière plâtreuse était déposée en petites masses tout autour. — *L'articulation métatarso-phalangienne* du gros orteil remplie de grumeaux plâtreux demi solides. Ces cartilages étaient détruits, les surfaces osseuses rugueuses et très rouges : la substance spongieuse des extrémités osseuses était infiltrée de la même matière. — *Les autres articulations métatarso-phalangiennes et phalangiennes* conservaient leur mobilité : couche mince de matière plâtreuse, qui semble être déposée sous la membrane synoviale. Petites masses plâtreuses dures à l'extérieur de ces articulations. Deux articulations des dernières phalanges étaient saines. — *Les têtes des fémurs* dans leur état naturel.

Dans la cavité cotyloïde gauche, matière plâtreuse déposée sous la forme de petites plaques isolées ; cartilage intact; ligament cotyloïdien et ligament capsulaire infiltrés sous la forme de points et de lignes. *Cavité cotyloïde droite* tapissée d'une couche mince et lisse, laissant voir le cartilage sain au dessous d'elle. *Franges synoviales* des deux côtés très épaissies et très rouges. Autour de l'articulation, sur l'os iliaque et le fémur, petits amas crétacés qui paraissent déposés à la surface du périoste.

Surfaces *des articulations huméro-cubitales* couvertes d'un enduit plâtreux lisse, et encroûtement plâtreux des parties fibreuses environnantes (la tumeur du côté droit consistait en une matière crêmeuse, blanche, formée par une très grande quantité de petits grains crétacés). Couche plâtreuse mince dans les *articulations radio-carpiennes*. Soudure *des os du carpe*. Incrustation plâtreuse épaisse et soudure des *articulations carpo-métacarpiennes*. Infiltration de grumeaux plâtreux dans les aréoles du tissu osseux. Incrustation simple des *arti-*

nérescence cartilagineuse, calcaire des valvules, du péricarde, etc., comme on trouve l'épaississement, l'induration, etc., de la membrane synoviale et des ligamens ; 2° l'hypertrophie de la couche musculaire sous-jacente à l'endocarde, comme l'hypertrophie du tissu fibreux et même du tissu osseux sous-jacens aux synoviales, etc., etc.

Ces rapprochemens n'ont rien de forcé, et ils méritent d'être recommandés à toute l'attention du lecteur, car, en concourant pour leur part à démontrer l'identité de nature qui existe entre le rhumatisme articulaire et le rhumatisme du cœur, ils concourent à faire apprécier à leur juste valeur les argumens de ceux qui nient le génie inflammatoire du rhumatisme articulaire bien caractérisé.

culations phalangiennes. Autour d'elles, masses plâtreuses qui formaient les nodosités observées pendant la vie. *Les tendons des muscles fléchisseurs et les gaînes fibreuses des doigts* contenaient dans leur épaisseur beaucoup de petits grains plâtreux. *Les articulations scapulo-humérales* n'offraient que quelques plaques ou points de matière crétacée. On en trouvait quelques grains dans *l'articulation de la symphyse pubienne*, dans l'épaisseur des *substances intervertébrales, dans les articulations costo-transversaires* et *temporo-maxillaires*. *Au milieu des muscles postérieurs de la cuisse*, amas de matière crétacée gros comme une noisette et entouré d'une membrane celluleuse. *A la partie interne de la jambe*, entre l'aponévrose et les muscles, couche de matière crétacée épaisse de six lignes. *A l'oreille gauche*, entre la peau et le cartilage, petits grumeaux apparens à travers la peau.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES DU RHUMATISME ARTICULAIRE BIEN CARACTÉRISÉ (1).

Commençons par décrire les symptômes du rhumatisme articulaire aigu. Nous nous occuperons ensuite de ceux qui appartiennent au rhumatisme articulaire chronique, et à ses *suites organiques*.

ARTICLE PREMIER.

Symptômes du rhumatisme articulaire aigu.

§ 1er *Symptômes locaux ou idiopathiques.*

Premier ordre de symptômes locaux. Je place dans ce premier ordre de symptômes locaux, la douleur, la tuméfaction, la chaleur et la rougeur des articulations malades : avant de présenter quelques considérations sur chacun de ces symptômes, généralement signalés par les auteurs, disons deux mots de quelques autres phénomènes qui s'y rattachent et qui paraissent avoir échappé à l'observation de nos prédécesseurs.

I. Les veines sous-cutanées qui serpentent autour des articulations malades sont gonflées, tendues, turgescentes, et leur développement hyper-normal est d'autant plus apparent, que la peau est en général amincie et comme luisante par

(1) Il est clair que pour décrire une maladie sous le rapport symptomatologique, il convient de la prendre au moment de son complet développement et pour ainsi dire sous sa forme la plus saillante. Nous indiquerons plus loin les divers degrés d'intensité du rhumatisme articulaire.

suite de la tension et de la tuméfaction dont elle est le siége. Le phénomène que nous indiquons est surtout très facile à constater sur les articulations de la main, du poignet et du pied; nous l'avons, d'ailleurs, également observé sur les articulations du coude et du genou.

II. Les branches artérielles qui occupent le contour des articulations volumineuses et superficielles, comme les genoux, par exemple, battent *réellement* avec plus de force qu'à l'état normal. Depuis que j'ai fixé mon attention sur cette particularité, je l'ai fait constater un bon nombre de fois par plusieurs médecins ainsi que par une foule d'élèves (1).

III. La *douleur rhumatismale* est susceptible d'un grand nombre de degrés d'intensité. Elle est parfois très légère, mais le plus souvent elle est très vive et même *atroce*, selon l'énergique expression de Sydenham. Elle augmente par la pression, le simple toucher, le moindre mouvement, soit *actif* ou spontané, soit passif ou communiqué; aussi est-on quelquefois obligé, au moyen de cerceaux, de préserver les membres malades de tout contact, et de leur épargner même le poids des couvertures.

Lorsque le rhumatisme articulaire est général, universel, il en résulte une remarquable attitude du corps, lequel reste immobile comme une statue; les malades redoutent singulièrement le plus léger déplacement, et quelques-uns poussent des cris aux mouvemens les plus ménagés que peut exciter l'examen.

(1) Si j'insiste sur ces détails, en apparence minutieux, c'est qu'ils ne sont certainement pas oiseux. En effet, la connaissance de la *réaction* sur les vaisseaux de la partie rhumatisée, de cette sorte de fièvre locale, n'est-elle pas propre à jeter quelque lumière sur la nature de la maladie qui réagit ainsi sur les parties voisines? Ajoutons que cette participation des branches vasculaires péri-articulaires au mouvement fluxionnaire, au travail de congestion inflammatoire, nous montre, jusqu'à un certain point, comment les gros troncs vasculaires, surtout veineux, du voisinage, peuvent se prendre eux-mêmes, ainsi que nous en avons rapporté divers cas. N'oublions pas non plus que les vaisseaux peuvent, d'ailleurs, se prendre sous l'influence directe de la cause rhumatismale.

La douleur est un des symptômes tellement prédominans du rhumatisme articulaire, que le vulgaire désigne assez ordinairement cette maladie sous le nom de *douleurs*. Toutefois, elle peut disparaître complètement ou à-peu-près, lorsque les autres symptômes locaux persistent encore. C'est une remarque qui n'avait point échappé à l'esprit observateur de Sydenham : « Dolor adest *atrox*, nunc in hoc, nunc illo artu, vicissim hos relinquens et illos occupans, *rubore et tumore in parte, quam postremum affecit, adhuc residuis.* » (SYDEN., *t.* I, *pag.* 498.)

Il suit de ce qui précède que dans le rhumatisme articulaire comme dans les autres phlegmasies en général, quelque important que soit le symptôme qui nous occupe (la douleur), il n'est cependant pas *essentiellement* lié à l'existence de la maladie. Il suppose dans les parties affectées la présence de cet ordre particulier de nerfs qu'on appelle *nerfs du sentiment* ou *nerfs sensitifs* proprement dits, lesquels participent soit directement, primitivement, soit secondairement, sympathiquement, à l'irritation des parties dans la composition desquelles ils entrent, ou dans le voisinage desquelles ils se trouvent placés. Ainsi donc, dans l'espèce, ce n'est point aux synoviales elles-mêmes, foyer principal de la maladie, mais aux nerfs sensitifs des articulations qu'il faut attribuer *essentiellement* la douleur. Supposez donc l'absence de pareils nerfs dans les articulations, et la douleur n'aura plus lieu, tout restant d'ailleurs le même. Voulez-vous une expérience toute faite à cet égard ? la voici : nous savons maintenant que la péricardite et l'endocardite coïncidant avec le rhumatisme articulaire, ne sont réellement autre chose qu'un *rhumatisme* des tissus séro-fibreux du cœur. Eh bien, cet organe est dépourvu de l'ordre de nerfs appelés sensitifs, et le rhumatisme dont il s'agit, à moins de complications, ne donne point lieu à une *véritable* douleur (1).

(1) Voy. le mémoire que j'ai publié sous ce titre : *Quelques réflexions tendant à prouver que la douleur ne doit pas être placée parmi les symptômes essentiels de l'inflammation* (Journal hebdomadaire de médecine, 23 août 1834).

IV. *L'augmentation de la chaleur* dans les articulations envahies par un violent rhumatisme, est un phénomène bien réel, et dont nous avons plusieurs fois constaté les degrés par l'application du thermomètre.

V. *La rougeur* de la peau n'est pas constante. Toutefois, lorsque le rhumatisme est violent, et qu'il occupe des articulations qui ne sont pas séparées de la peau par une masse trop épaisse de parties molles, ce phénomène se présente à un degré plus ou moins prononcé. En général, la rougeur est rosée, vermeille, comme dans la roséole proprement dite (1). Elle s'efface à une pression légère et reparaît quand on cesse la pression. C'est particulièrement aux mains, aux pieds, à la partie interne des genoux, que nous avons observé la rougeur *rhumatismale*. Si par suite de la réaction sur la peau, on y observe la rougeur dont il s'agit, que serait-ce donc de la rougeur des parties intérieures qui sont le foyer de cette réaction, des synoviales en particulier, si elles étaient elles-mêmes à la portée de nos yeux ?

VI. *La tuméfaction* ou l'augmentation de volume des articulations est le résultat d'une double cause, savoir : l'afflux, la congestion qui accompagne le travail inflammatoire, et la sécrétion accidentelle qui s'opère au sein des synoviales. Nous reviendrons plus loin sur les signes de l'épanchement articulaire. Quant à la tuméfaction produite uniquement par la fluxion, elle est proportionnelle à l'intensité du travail inflammatoire, et d'autant plus apparente, que les articulations sont plus superficielles. Nous en avons, d'ailleurs, déterminé le degré par une mensuration *exacte,* ainsi que l'on a pu le voir dans quelques-unes des observations déjà rapportées, et comme on le verra dans la plupart des observations que nous avons placées dans le chapitre du traitement.

Quand un groupe de petites articulations, telles que celles de la main et du pied, est le siège d'un rhumatisme intense, les parties sont gonflées, tendues, luisantes, comme dans un

(1) Cette rougeur est même décrite par les dermatologistes comme une des espèces de la roséole (*roséole rhumatismale*).

phlegmon naissant, ce qui leur donne une forme *potelée*.

Il ne faut pas confondre le gonflement des articulations rhumatisées avec un gonflement général du membre malade, tel qu'on peut l'observer, soit dans le cas d'un rhumatisme musculaire coexistant avec le rhumatisme articulaire, soit avec un état œdémateux, une infiltration du tissu cellulaire de ce membre, par suite d'une phlébite coïncidant avec un violent rhumatisme articulaire ou musculaire.

C'est ici l'occasion de dire que l'existence de la phlébite dans les cas dont il s'agit, pour n'être pas des plus communes, n'est pas cependant aussi rare que quelques-uns semblent le croire. On en trouve un certain nombre d'exemples dans les observations de notre premier chapitre, ainsi que dans notre *Traité clinique des maladies du cœur,* dans notre *Clinique médicale,* et nous en citerons un ou deux autres dans le chapitre relatif au traitement. Au moment où je rédige cet article, nous en avons sous les yeux un remarquable exemple chez une femme atteinte d'un très violent rhumatisme du genou droit. Par suite de la phlébite des principales veines du membre correspondant, il s'est formé un œdème du pied, de la jambe et de la cuisse, et il existe, en outre, tous les autres symptômes caractéristiques de cette affection, connue sous le nom de *phlegmasia alba dolens* (cette femme n'est pas nouvellement accouchée).

M. Cruveilhier pense que le rhumatisme *puerpéral* peut, indépendamment de la coïncidence d'une phlébite, être accompagné d'œdème. C'est une assertion qui ne repose pas encore sur des faits nombreux et bien observés, ce qui nous dispense de la discuter quant à présent. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que la coïncidence d'une *phlegmasia alba dolens* avec le rhumatisme puerpéral n'est pas très rare, et que dans les cas où elle existe seule, elle reconnaît le plus souvent pour cause une influence rhumatismale (1).

(1) Ce n'est pas ici le lieu d'analyser et de décrire la maladie désignée sous le nom de *phlegmasia alba dolens*. Nous ferons seulement remarquer que l'inflammation des veines qui en est l'élément fondamental, coexiste souvent avec

Second ordre de symptômes. Dans ce second ordre, je place les lésions fonctionnelles proprement dites, les phénomènes dus à la présence de l'épanchement et au nouvel état où se trouvent les surfaces articulaires.

I. *La gêne ou l'impossibilité des mouvemens divers des articulations,* qu'on observe dans le rhumatisme articulaire aigu, tient bien moins au nouvel état *physique* de ces articulations qu'à la douleur dont les mouvemens imprimés aux articulations sont la cause. Néanmoins, le gonflement et la tension des parties molles qui entourent les articulations ou qui concourent à les former, la présence d'un épanchement articulaire considérable, et peut-être aussi, dans quelques cas, les lésions de la synoviale elle-même et des cartilages, sont autant de circonstances qui, jusqu'à un certain point, peuvent entraver le jeu des articulations.

La position des articulations à l'état de repos est, en général, celle qui permet aux muscles des membres et aux ligamens articulaires un certain état de relâchement.

II. Les signes d'un épanchement articulaire assez considérable sont la *dilatation* des capsules articulaires, et par suite des parties environnantes, et la *fluctuation.* La dilatation et la saillie dues à l'existence d'un épanchement articulaire, se font particulièrement remarquer dans les régions de l'articulation qui résistent le moins à la pression du liquide épanché. Dans les cas où l'épanchement occupe, par exemple, les articulations des genoux, la rotule est plus ou moins soulevée, écartée des surfaces avec lesquelles elle est en contact à l'état normal, et les saillies produites par l'épanchement ont principalement lieu sur les parties latérales et supérieures de cet os : alors le genou présente une forme arrondie, et on n'observe plus les saillies et les enfoncemens qui existent à l'état normal.

Si l'on imprime certains mouvemens aux articulations rhumatisées, on entend quelquefois un bruit de craquement, de râclement plus ou moins marqué, et le toucher fait très dis-

l'inflammation des vaisseaux lymphatiques et des nerfs qui accompagnent les veines.

tinctement sentir aussi, à sa manière, le craquement ou frottement dont il s'agit. Ce matin même (25 février 1840), chez une jeune malade couchée au n° 5 de la salle Sainte-Madeleine, en imprimant à la rotule du genou gauche un mouvement latéral, le toucher fait sentir un craquement vers le bord externe de la poulie articulaire du fémur, et en approchant l'oreille on entend un bruit sourd dans la même région. Chez cette jeune malade, il existait un épanchement rhumatismal qui a promptement disparu sous l'influence d'un traitement que nous exposerons plus loin, en sorte que la rotule est actuellement en contact avec les surfaces articulaires correspondantes, et que la circonférence de ce genou est exactement la même que celle du genou opposé, qui n'a pas été le siège d'un épanchement (32 centimètres).

C'est ici le lieu de rappeler qu'il y a près de quarante ans déjà, dans un cas de rhumatisme que nous avons rapporté plus haut (obs. XXXI), M. Récamier avait fait remarquer qu'en imprimant au radius un mouvement de rotation, *on entendait un petit bruit sourd et des craquemens.*

On peut comparer l'espèce de bruit que nous signalons ici, à celui que l'on produit dans les cas d'épanchement un peu considérable du genou, en rapprochant brusquement la rotule soulevée des surfaces articulaires avec lesquelles elle est normalement en rapport. Au moment où je rédige cet article (25 février 1840), j'ai sous les yeux un nouvel exemple du phénomène dont il s'agit. Un homme, couché au n. 5 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, est affecté d'un rhumatisme articulaire du genou droit avec un épanchement qui soulève notablement la rotule. En rapprochant brusquement cet os des surfaces articulaires correspondantes à sa face postérieure, on produit un choc dont le toucher donne la sensation la plus distincte, et le bruit qui accompagne ce choc est assez fort pour qu'on l'entende, non-seulement en appliquant immédiatement l'oreille sur le genou, mais encore en l'en éloignant d'une distance d'un bon demi-pied (16 centimètres).

Dans les cas dont il s'agit, lorsque après avoir ainsi rapproché la rotule des surfaces articulaires avec lesquelles elle est en rapport, à l'état normal, on lui imprime des mouvemens

en divers sens, le glissement qui s'exerce alors est parfois accompagné du bruit de frottement ou de craquement déjà mentionné. J'en ai rapporté un exemple dans le mémoire que j'ai publié, en 1834, sur le rhumatisme (1).

Les bruits de frottement, de glissement, de craquement qui ont lieu au sein des articulations dans les circonstances qui nous occupent, doivent être rapprochés de ces bruits de *frottement* que l'on entend chez les individus atteints de pleurésie, de péricardite (dans certaines conditions qu'il n'est pas ici le lieu de signaler). Sauf les différences de structure des parties, le mécanisme ou le mode de production des bruits est essentillement le même dans tous ces cas.

Je termine en ajoutant que, pour apprécier l'augmentation de volume des articulations, suite d'épanchement et de gonflement des diverses parties qui sont le siége d'un mouvement *fluxionnaire*, outre la simple inspection, nous avons eu recours aussi, chez la plupart de nos malades, à la mensuration exacte que l'on pratique au moyen d'une bande analogue à celle dont se servent les tailleurs.

§ II. *Symptômes dits généraux, sympathiques, réactionnels.*

Il est à peine besoin de faire remarquer combien les symptômes dont il s'agit doivent différer, non-seulement selon l'*intensité* et la *dissémination* plus ou moins considérable du rhumatisme articulaire, mais aussi et surtout selon que cette affection coïncide ou ne coïncide pas avec divers rhumatismes intérieurs, et spécialement avec l'endocardite et la péricardite rhumatismales.

C'est ici le lieu de dire quelques mots du diagnostic de la coïncidence de ces deux dernières maladies avec un rhumatisme articulaire aigu, renvoyant pour de plus amples détails à notre traité clinique des maladies du cœur.

(1) Ce mémoire a été inséré dans le *Journal hebdomadaire*. Chez le malade de la seconde observation qui s'y trouve, il existait une fluctuation évidente au-dessus et sur les côtés de la rotule : *en pressant perpendiculairement sur cet os pour le mettre en rapport avec les surfaces articulaires sur lesquelles il glisse à l'état normal, on entendait un léger bruit de frottement.*

A. *Endocardite*. La coïncidence d'une endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu est certaine, lorsque les signes suivans se présentent réunis : bruit de soufflet plus ou moins râpeux dans la région précordiale; augmentation de l'étendue de la matité de cette région, laquelle offre aussi quelquefois, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement, une saillie, une voussure anormale; battemens du cœur soulevant fortement la région précordiale, quelquefois irréguliers, inégaux, intermittens et accompagnés d'un frémissement vibratoire plus ou moins prononcé.

Quiconque est depuis long-temps habitué aux études cliniques, ne confondra point le bruit de soufflet ou de râpe de l'endocardite avec le souffle au premier temps que l'on trouve souvent chez les individus chlorotiques ou anémiques; mais pour ceux dont l'oreille et l'esprit ne sont pas encore suffisamment exercés; nous leur conseillons de ne jamais se prononcer dans certains cas difficiles, douteux, comme la clinique en présente quelquefois. Le doute n'est d'ailleurs permis aux observateurs éclairés, que dans certains cas où le souffle de la région précordiale n'est pas accompagné des autres signes physiques de l'endocardite.

On a prétendu que nous rapportions à une endocardite des bruits de soufflet, de râpe ou de scie dus aux *larges* saignées que nous pratiquions. Une pareille erreur était cependant peu supposable de la part de celui qui, le premier, a signalé *ces souffles particuliers des artères et du cœur,* qui existent dans les cas où la densité du sang diminue jusqu'à certains degrés, que nous avons indiqués dans la clinique médicale. Au reste, je répondrai que l'espèce de bruit de souffle ou de râpe considéré par nous comme signe de l'endocardite, préexiste aux saignées et disparaît par leur emploi.

B. *Péricardite*. La coïncidence d'une péricardite avec un rhumatisme articulaire aigu se reconnaît aux signes suivans : s'il existe un épanchement abondant, étendue de la matité de la région précordiale beaucoup plus considérable qu'à l'état normal (doublée, triplée même quelquefois); voussure de la même région; battemens du cœur éloignés, peu ou nullement sensibles au toucher; bruits du cœur lointains, obscurs;

si l'épanchement est peu abondant et qu'il n'existe guère qu'une couche pseudo-membraneuse inégale, rugueuse et plus ou moins épaisse, bruit de froissement péricardique plus ou moins diffus pendant les mouvemens de systole et de diastole; avec ou sans frémissement vibratoire; aux signes *physiques* précédens se joignent quelquefois, mais pas constamment, une douleur plus ou moins vive à la région précordiale, des palpitations, des irrégularités, des inégalités, des intermittences des battemens du cœur et du pouls.

C. *L'endo-péricardite* sera reconnue aux signes combinés des deux maladies dont elle se compose.

D. On distinguera l'endocardite et la péricardite des lésions purement *dynamiques* du cœur, chez les rhumatisans, en faisant attention que les signes physiques des deux premières manquent absolument quand il n'existe que des lésions simplement dynamiques du centre circulatoire.

Mais, d'après les faits nombreux que j'ai recueillis, des lésions purement dynamiques du cœur sont aussi rares, dans les cas de violent rhumatisme articulaire aigu, que l'endocardite et la péricardite sont communes. Et, par contre, depuis quelques années, j'ai *assez souvent* rencontré des palpitations, des irrégularités des battemens du cœur, etc., indépendantes de péricardite ou d'endocardite, chez des sujets fréquemment tourmentés par de simples douleurs ou névralgies rhumatismales, *apyrétiques*.

I. Il est bien difficile de faire toujours une juste part à l'influence de la *réaction sympathique du rhumatisme articulaire sur le système sanguin* ou de la *réaction fébrile*, et d'isoler exactement ces phénomènes réactionnels de ceux des affections directes du cœur qui coïncident avec le rhumatisme articulaire, dans presque tous les cas où il se présente sous une forme très aiguë.

Dans les cas où le rhumatisme articulaire est très léger, où qu'étant assez intense, il n'occupe qu'un certain nombre de petites articulations, il ne donne ordinairement lieu à aucune réaction fébrile notable, en sorte que, dans les cas de cette catégorie, s'il se développe une fièvre un peu vive, on est par cela même en droit de supposer qu'il existe quelque grave

rhumatisme intérieur, et particulièrement une endocardite ou une péricardite.

Revenant maintenant aux cas du rhumatisme articulaire *intense* et généralisé, et laissant pour un moment cette coïncidence de côté, voyons comment se comportent alors les phénomènes fébriles proprement dits :

1° En général, dans les cas de cette catégorie, la fièvre est des plus violentes et peut être réellement considérée comme une sorte de type de la fièvre dite *inflammatoire* ou *angioténique*.

2° Le pouls est fort, plein, tendu, large; chez les sujets dont le pouls, à l'état normal, bat environ 72 fois par minute, on compte de 100 à 120 pulsations dans l'espace de temps indiqué (1).

3° La chaleur de la peau est forte et ordinairement accompagnée d'une sueur abondante, un peu visqueuse, d'une odeur fade ou acescente, un peu nauséabonde. Lorsque cette diaphorèse a persisté pendant quelques jours, on rencontre des sudamina ordinairement très nombreux, accompagnés ou non d'une véritable éruption miliaire, et de taches rouges, analogues à celles de la roséole.

Je suis étonné que dans un ouvrage récent sur le rhumatisme, à propos des sueurs des malades, on n'ait absolument rien dit ni des sudamina ni de l'éruption miliaire. Si l'auteur veut bien s'appliquer à l'étude du phénomène que nous signalons, il ne tardera pas à reconnaître la vérité de notre assertion, et peut-être alors sera-t-il conduit à penser que les sudamina n'ont pas toute l'importance qu'il leur attache, en tant que signes de la *fièvre* qu'il appelle *typhoïde*. Au reste, l'existence de l'éruption miliaire dont il vient d'être question, n'avait point échappé à l'esprit observateur de Stoll : « La *fièvre rhumatismale*, dit-il, était accompagnée quelquefois d'éruption miliaire, blanche, rouge ou mêlée (2). »

(1) Rappelons ici ce que nous avons dit ailleurs (*Clinique médicale*) qu'à l'état normal, chez plusieurs sujets, le pouls ne bat que 60, 50 fois par minute. Or, dans ces cas, un pouls à 80 est aussi *fréquent* qu'un pouls à 100 et plus, dans ceux où il donne 72 à l'état de santé.

(2) *Médec. pratiq.*, t. Ier, *constit. médic.* de 1777, mois d'avril.

La sueur des rhumatisans est tantôt acide et tantôt neutre. Nous renvoyons à notre *clinique médicale* pour plus de détails sur l'état de la sueur dans les maladies fébriles en général.

4° Le caillot que fournissent les saignées bien faites, lorsque le rhumatisme articulaire se trouve parfaitement développé, est ferme, rétracté, recouvert d'une couenne qui *s'organise* rapidement en une sorte de membrane épaisse de 4, 6, 8 millimètres et même plus, dense, résistante et que je compare assez habituellement à une peau de chamois; les bords du caillot sont ordinairement renversés, ce qui lui donne la forme de certains champignons ou d'une *cupule;* ce caillot flotte au milieu d'une sérosité parfaitement limpide, jaunâtre ou verdâtre, plus ou moins abondante, suivant la constitution des malades, selon que les saignées ont été plus ou moins répétées, etc. Lorsque le rhumatisme touche à sa fin, la couenne est très mince ou même nulle, mais le caillot est ferme, élastique à la manière du gluten, et de là le nom de caillot glutineux sous lequel je le désigne. On peut agiter ce caillot, le rouler, le presser assez fortement dans la main, sans qu'il se rompe.

Le sang que nous avons retiré cent et cent fois par le moyen des ventouses, fournit des rondelles bien formées, qui se réunissent le plus souvent en une seule masse imitant le caillot d'une saignée ordinaire, ferme et plus ou moins glutineuse. Un très grand nombre de fois, j'ai constaté et montré aux assistans une couenne plus ou moins épaisse sur les rondelles fournies par les ventouses. La sérosité qui entoure ces rondelles, qu'elles soient ou non réunies en une seule masse, est semblable à celle des saignées du bras, très rarement un peu rougie par la matière colorante du caillot.

En un mot, le sang retiré par les saignées générales et locales, examiné par nous avec attention chez tous les individus affectés d'un rhumatisme articulaire aigu, intense et fébrile, c'est-à-dire plus de quatre ou cinq cents fois, nous a paru mériter d'être considéré comme le type de ce qu'on appelle le *sang inflammatoire.*

La couenne des saignées par la lancette a d'ailleurs été

notée par tous les bons observateurs, tels que Sydenham, Stoll, etc. *Dans le rhumatisme fébrile*, dit le célèbre praticien de Vienne, *la couenne du sang fut toujours très inflammatoire, et si épaisse qu'on apercevait à peine un peu de sang ou de partie rouge; cette couenne était moins considérable et moins épaisse dans toutes les autres maladies inflammatoires, quelque graves qu'elles fussent.* Quant à l'Hippocrate anglais, il avait déjà dit que la *couenne rhumatismale ressemble à la couenne pleurétique comme un œuf à un œuf (sicut ovum ovo).*

5° Les urines sont rares, en général, et elles le sont d'autant plus que les sueurs ont été plus abondantes; leur excrétion est quelquefois rendue très difficile par les douleurs générales que ressentent les malades, et qui augmentent au moindre mouvement; elles se troublent ordinairement très peu de temps après leur émission, et sont quelquefois si épaisses, si bourbeuses ou *jumenteuses*, qu'elles ressemblent à du *moût de raisin;* elles rougissent alors très fortement le papier bleu de tournesol, etc.

Cet état des urines, que l'on observe dans plusieurs autres maladies fébriles franchement inflammatoires, me paraît devoir être considéré, en général, comme un effet purement sympathique. Toutefois, il ne faut pas oublier que le rhumatisme de l'enveloppe des reins et de ces organes eux-mêmes, n'est vraisemblablement pas aussi rare qu'on l'a cru jusqu'ici; que partant il est des cas où il peut coïncider avec le rhumatisme articulaire. Les altérations des urines que l'on rencontre chez des sujets atteints de ce dernier, reconnaissent alors pour cause principale une affection *directe* des enveloppes des reins et de ces organes eux-mêmes (1).

Quoi qu'il en soit de ses causes véritables, la fièvre a semblé tellement inhérente au rhumatisme articulaire aigu, que certains auteurs ont désigné cette maladie sous le nom de *fièvre rhumatismale*. Cette expression, si l'on en considère plus *l'esprit* que la *lettre*, mériterait d'être plutôt louée que

(1) Consultez à ce sujet le bel ouvrage de M. Rayer, sur les maladies des reins

critiquée, en donnant à entendre que, dans la maladie ainsi désignée, l'affection articulaire ne constitue pas toute la maladie, mais seulement un élément de cette maladie. Les observateurs qui avaient eu l'occasion de voir un grand nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu fébrile, ne tardèrent pas, en effet, à rencontrer un certain nombre de sujets chez lesquels persistait une *fièvre* plus ou moins violente, lorsque tous ou presque tous les symptômes dépendant de l'affection des articulations avaient disparu, et d'autres chez lesquels il n'existait réellement aucune proportion entre l'état fébrile et l'affection des articulations, le premier, étant très violent, lorsque la dernière était faible ou très modérée. Frappés de cette grande particularité, ils durent considérer la *fièvre* comme l'élément prépondérant de la maladie, du moins dans les cas en question, et de là cette dénomination de *fièvre rhumatismale*, dont ils ne précisèrent, d'ailleurs, pas le sens (1).

Les temps n'étaient pas encore venus où l'on pourrait déterminer clairement l'élément auquel il fallait attribuer l'espèce de contradiction dont nous venons de parler, et trouver le mot de cette énigme pathologique. On se perdit dans une foule d'hypothèses qu'il serait trop long de rappeler ici.

Ces fièvres rhumatismales persistant après la disparition de l'affection articulaire, ces *fièvres rhumatismales sans rhumatisme,* pour parler comme certains auteurs, ont aussi fixé l'attention de quelques modernes observateurs, qui, dans les explications qu'ils ont essayé de nous en donner n'ont guère été plus heureux que les anciens. Quelques-uns d'entre eux voyaient là je ne sais quelle nouvelle *fièvre essentielle,* et cette doctrine commençait à se répandre, à prendre quelque consistance, lorsque parurent nos recherches sur la loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. La découverte de ces deux grands

(1) On sait que les mots fièvre péripneumonique, fièvre catarrhale, etc., sont très usités dans certains auteurs des deux derniers siècles. Mais il ne faudrait pas appliquer dans toute sa rigueur à ces *fièvres*, ce que nous avons dit et ce que nous pourrons dire plus loin de la fièvre rhumatismale.

accompagnemens du rhumatisme articulaire jeta sur l'ordre de faits qui nous occupent une lumière aussi vive qu'elle était imprévue, et nous dévoila pour ainsi dire le secret, impénétrable jusque-là, de la plupart de ces fièvres sans rhumatisme dont il vient d'être question.

En attribuant une si large part aux inflammations rhumatismales du cœur et des vaisseaux dans la production de la *fièvre rhumatismale,* j'ai toujours pris soin de soumettre cette doctrine, ou, si l'on veut, cette théorie, au frein de l'observation, et de ne pas aller au-delà de ce que les faits cliniques les mieux observés et les plus nombreux m'avaient appris. Au reste, on pourra se convaincre aisément de la vérité de ce que j'avance, en lisant ce que j'ai publié, à diverses époques, sur le sujet qui nous occupe.

Nous avons, d'ailleurs, insisté aussi sur les cas de coïncidence d'autres phlegmasies intérieures avec le rhumatisme articulaire aigu. Or, il est bien entendu que cette coïncidence doit être pise en très sérieuse considération, quand il s'agit d'énumérer, de préciser toutes les causes qui peuvent concourir à la production de la fièvre, et surtout à sa persistance, lorsque l'affection des articulations a disparu ou n'existe plus à un degré qui soit en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile.

II. Une soif ordinairement très vive et l'anorexie accompagnent l'état fébrile dont nous venons de parler. Quelques malades se plaignent de *mal de gorge,* de gêne dans la déglutition. Ces phénomènes sont accidentels et tiennent à la coïncidence d'une angine rhumatismale, coïncidence dont nous avons en ce moment (22 mars 1840), un exemple sous les yeux, chez une jeune rhumatisante couchée au n° 10 de la salle Sainte-Madeleine.

Les fonctions de l'estomac et des intestins pourraient, à la rigueur, offrir des dérangemens par suite de la diffusion rhumatismale sur ces organes. Néanmoins, les cas de ce genre doivent être assez rares, puisque je n'en ai recueilli aucun exemple *évident,* depuis sept à huit ans que mon attention s'est fixée, d'une manière particulière, sur toutes les affections rhumatismales intérieures qui peuvent coïncider avec le rhumatisme

articulaire aigu. Je n'ignore pas, d'ailleurs, les belles recherches de Stoll sur la *dysenterie* qu'il appelle *rhumatismale*, ou le *rhumatisme des intestins*. Je reconnais, avec cet illustre observateur, que la dysenterie peut, comme le rhumatisme articulaire aigu, éclater sous l'influence d'un refroidissement succédant à une forte chaleur du corps, mais je n'en persiste pas moins à soutenir que la coïncidence d'une dysenterie rhumatismale avec un rhumatisme articulaire aigu, est aussi rare que la coïncidence des inflammations rhumatismales du cœur avec cette dernière maladie est commune.

III. Les fonctions des centres nerveux ne sont pas ordinairement profondément affectées. Les douleurs articulaires et le malaise général qui se rattache à l'état fébrile, causent seulement une insomnie plus ou moins opiniâtre et plus ou moins fatigante.

La coïncidence d'une phlegmasie rhumatismale des méninges soit cérébrales, soit rachidiennes, avec un rhumatisme articulaire aigu, donnerait naissance à des symptômes *idiopathiques* ou directs qu'il n'est pas le lieu de décrire ici. Je crois que la première espèce de coïncidence (celle de méningite cérébrale) n'est pas commune. Storck, Stoll et Scudamore en fournissent quelques exemples. M. le professeur Marjolin m'a cité un cas du même genre qu'il a observé chez un libraire de Paris. M. le docteur Coqueret m'en a cité un autre. Je lis dans les *leçons* de M. Chomel *sur le rhumatisme* que le docteur Leloutre, mort à la fleur de son âge, il y a quelques années, *tomba, peu de jours après l'invasion d'un rhumatisme articulaire aigu, dans un état comateux et apoplectiforme qui l'emporta rapidement.*

Pour moi, depuis sept à huit ans, je n'ai rencontré, ni à l'hôpital, ni dans la ville, aucun cas de cette redoutable coïncidence de méningite cérébrale avec un rhumatisme articulaire aigu. Mais j'ai vu quelques cas de grave affection des membranes de la moelle épinière et, par suite, de cette dernière elle-même, dont les premiers symptômes avaient co-existé avec un rhumatisme articulaire. On sait, au reste, que le tétanos, cette affection si formidable, se développe souvent sous l'influence des mêmes causes que le rhumatisme articulaire aigu

lui-même. J'ai rapporté, dans le *Traité clinique des maladies du cœur,* un exemple de cette espèce de tétanos, et, chose bien digne de remarque, c'est que, dans ce cas de *rhumatisme* de la moelle ou du moins de ses membranes, il existait une coïncidence de péricardite qui fut constatée par l'autopsie cadavérique (1).

ARTICLE SECOND.

Symptômes du rhumatisme articulaire chronique.

Les symptômes du rhumatisme articulaire aigu se retrouvent, à un degré inférieur, dans le rhumatisme articulaire chronique, qui n'en est, pour ainsi dire, que la continuation. Mais, par sa prolongation indéfinie, l'affection articulaire, ainsi que nous l'avons vu précédemment (chapitre premier), entraîne à sa suite diverses *lésions organiques* qui, devenant *causes* après avoir été *effets,* donnent lieu à un certain nombre de symptômes qui leur sont propres.

§ I[er]. *Symptômes locaux.*

I. La *rougeur et la chaleur* de la peau sont nulles ou du moins très peu prononcées.

La *douleur* peut être aussi fort légère ou même avoir entièrement disparu; mais il est aussi des cas où elle persiste avec assez d'intensité et constitue le symptôme prédominant de la maladie, ce qui avait conduit Cullen à désigner sous le nom d'*arthrodynie* la forme de rhumatisme qui nous occupe.

(1) Tout récemment, on a publié dans un journal italien, un cas de *tétanos rhumatique.* Le malade était un jeune homme de vingt-quatre ans, robuste, qui, ayant un jour très chaud, et son corps étant couvert de sueur, se baigna dans la mer et nagea pendant quelque temps. Il éprouva tout-à-coup des douleurs tellement vives qu'il dut se hâter d'en sortir. Ces douleurs augmentèrent pendant trois jours, et le quatrième jour, il survint un *opisthotonos*... le malade succomba vingt-six heures après. — La moelle épinière et ses membranes étaient généralement très enflammées, etc. (*Giornale di pathologia, stampato in Venezia;* juillet et août 1839).

La *tuméfaction* ne manque jamais dans le vrai rhumatisme articulaire chronique, soit qu'elle provienne à-la-fois d'un épanchement articulaire et de la *congestion* qui s'est établie dans les parties constituantes des articulations, soit qu'elle résulte uniquement de cette dernière cause. La congestion dont il s'agit amène lentement, graduellement, comme nous l'avons déjà dit précédemment, l'hypertrophie simple ou l'hypertrophie avec induration, dégénérescence des parties molles et des parties dures.

Les productions accidentelles, tophacées ou autres, concourent quelquefois à la tuméfaction des articulations; la tuméfaction est souvent accompagnée de nodosités et autres *déformations* des articulations. Les doigts et les orteils surtout offrent les incurvations, les déviations, les contorsions les plus singulières dans les cas qui nous occupent; et parmi les cas de luxation spontanée que possède la science, il en est quelques-uns dans lesquels cet accident est survenu à la suite d'une arthrite *rhumatismale*. Comme dans la forme aiguë, les veines sous-cutanées qui environnent l'articulation tuméfiée ont augmenté de volume, mais cette augmentation de volume tient à l'hypertrophie, tandis que la congestion inflammatoire était la cause du gonflement qui a lieu dans la forme aiguë.

En même temps que les articulations se tuméfient, grossissent, s'hypertrophient, les membres, au contraire, maigrissent, deviennent grèles, s'atrophient, par suite du long repos auquel la maladie les condamne.

Je ne pourrais insister plus long-temps sur la description des articulations atteintes d'une grave inflammation rhumatismale chronique, sans empiéter en quelque sorte sur le domaine des chirurgiens, lesquels ont décrit, sous le nom de *tumeur blanche rhumatismale,* le mode de terminaison de la maladie qui nous occupe.

II. Lorsque le rhumatisme articulaire chronique est *léger,* qu'il n'a pas entraîné de désordres profonds dans les articulations, celles-ci sont encore capables d'exercer leurs mouvemens, bien que cet exercice soit gêné et douloureux. On entend quelquefois, pendant ces mouvemens, soit spontanés,

soit communiqués ou imprimés par l'observateur, des bruits particuliers, des *craquemens* plus ou moins forts qui résultent du frottement des surfaces articulaires dépolies, devenues inégales, rugueuses et comme raboteuses. Ces bruits de frottement sont accompagnés d'un frémissement vibratoire sourd que l'on sent en appliquant la main autour de l'articulation.

Mais quand les articulations ont subi les graves altérations anatomiques dont nous avons parlé précédemment, leurs mouvemens deviennent de plus en plus bornés et finissent par devenir nuls ; ils sont *physiquement* impossibles, lorsque les surfaces articulaires ont contracté de fortes adhérences entre elles : alors les articulations sont ankylosées ; de là ce nom d'*infirmes,* d'*impotens,* de *perclus,* etc., que l'on donne aux rhumatisans ou aux goutteux.

Il est bien entendu que le rhumatisme articulaire fixe peut seul entraîner ainsi des articulations organiques et des symptômes tels que nous venons de les exposer.

§ II. *Symptômes généraux ou réactionnels, accidens.*

Si le nombre des articulations malades est peu considérable, et si ces articulations sont petites, comme dans le rhumatisme dit *goutteux,* la réaction fébrile est nulle ou presque nulle, à moins de *complications.* Lorsque, au contraire, un grand nombre d'articulations sont prises à-la-fois, et que parmi elles il en est de grosses, ou bien encore lorsque quelques-unes seulement de ces dernières sont affectées, il existe ordinairement un mouvement fébrile qui peut revêtir la forme dite *hectique.* Cette fièvre lente ou hectique, compagne du rhumatisme articulaire chronique, a lieu surtout dans les cas où un travail de carie et de suppuration s'accomplit au sein d'une ou de plusieurs grosses articulations.

Lorsque après avoir entraîné à sa suite l'épaississement, l'induration, l'hypertrophie, etc., ci-avant indiqués, le mouvement inflammatoire chronique disparaît, la fièvre cesse également, et c'est alors, comme je l'ai dit depuis bien longtemps, qu'il ne reste plus de l'inflammation que ses produits.

Parmi les accidens qui peuvent survenir pendant le cours

d'un rhumatisme articulaire chronique, qui condamne les malades à un alitement permanent, il ne faut pas oublier la formation d'eschares et par suite d'ulcérations, de suppurations dans les parties qui supportent principalement le poids du corps, telles que la région du sacrum et du coccyx, celle des grands trochanters, etc. Nous en avons eu récemment un exemple dans nos salles, chez un sujet dont j'ai déjà parlé, lequel, affecté d'un rhumatisme articulaire aigu du genou passé à l'état chronique (sous véritable forme de tumeur blanche), fut aussi, pendant la période d'acuité, atteint d'une *phlegmasia alba dolens* du membre correspondant.

Les lésions fonctionnelles fournies par l'exploration attentive des divers organes intérieurs, varient selon les complications qui ont pu accompagner le rhumatisme articulaire aigu, auquel a succédé la forme que nous étudions, ou le rhumatisme articulaire primitivement chronique (mode bien moins commun que le précédent), telles que l'endocardite, la péricardite, la pleurésie, etc. Ces phlegmasies, plus facilement encore que le rhumatisme articulaire, peuvent se prolonger, les deux premières surtout, et passer à l'état chronique. Ce sont elles qui, bien plus encore que le rhumatisme articulaire chronique, entretiennent souvent le mouvement fébrile. Et, comme nous l'avons déjà fait remarquer, en traitant des symptômes de la forme aiguë, l'affection des articulations peut disparaître sans que pour cela le mouvement fébrile lui-même ait cessé. Je ne saurais trop le redire, malheur, trois fois malheur à ceux chez lesquels un rhumatisme articulaire aigu passe à l'état chronique, non-seulement sous le rapport des suites de la maladie articulaire, mais encore et surtout sous le rapport des *suites,* des *coïncidences intérieures* parmi lesquelles l'endocardite et l'endo-péricardite tiennent incontestablement le premier rang! Hélas! combien est grand le nombre de ceux qui, au bout d'un temps plus ou moins long, meurent victimes ou martyrs de ces lésions *chroniques-organiques des valvules du cœur avec accompagnement d'hypertrophie de cet organe!*

CHAPITRE III.

CAUSES DU RHUMATISME ARTICULAIRE.

I. *Prédisposition et causes dites prédisposantes.* Il existe *certainement* pour le rhumatisme articulaire, comme pour la plupart des autres maladies, une *véritable prédisposition.* Nous sommes bien loin de connaître encore tous les élémens, toutes les conditions de cette prédisposition. De ces élémens, les uns sont en quelque sorte *organiques,* ou inhérens à l'organisation même, et permanens comme elle ; les autres sont, jusqu'à un certain point, accidentels et tiennent à des circonstances passagères. Une des preuves de l'existence de la première espèce de prédisposition, c'est que d'une masse d'individus diversement organisés, tous exposés à la même cause déterminante du rhumatisme articulaire, les autres circonstances étant d'ailleurs égales, les uns contracteront la maladie, les autres ne la contracteront pas. Une des preuves de la prédisposition de la seconde espèce, c'est que le même individu exposé, à différentes reprises, à la cause déterminante du rhumatisme, contracte une fois la maladie et une autre fois ne la contracte pas.

Ce qu'on a dit, avec raison, de l'*hérédité* du rhumatisme nous paraît rentrer dans ce qui concerne la prédisposition de la première espèce. En effet, il paraît très vraisemblable que si des parens rhumatisans nous transmettent le fâcheux héritage d'être prédisposés au rhumatisme articulaire et à la goutte, c'est que nous avons aussi hérité de leur constitution, du moins sous ce rapport.

Il serait, sans contredit, bien précieux de déterminer à quels signes on peut reconnaître ainsi l'espèce d'organisation ou

de constitution qui prédispose au rhumatisme articulaire. Je ne prétends pas posséder toutes les données nécessaires à la solution de ce problème étiologique; mais il me semble que, parmi ces données, on peut compter le tempérament qu'on appelle sanguin ou mieux encore lymphatico-sanguin, une peau blanche, fine, mince, transpirant facilement, circonstance qui coïncide assez souvent avec des cheveux blonds ou châtains. Je ne dis pas, bièn s'en faut, que les individus chez lesquels ces conditions organiques se rencontrent, soient les seuls que puisse atteindre le rhumatisme articulaire aigu. Mais d'après les faits nombreux que j'ai recueillis avec soin, je suis porté à croire que, toutes choses d'ailleurs égales, les sujets dont il s'agit contracteront un rhumatisme de préférence à ceux qui présentent des conditions opposées. On dirait que chez eux, le vêtement naturel que représente la peau ne garantit pas suffisamment les tissus sous-jacens, au nombre desquels se trouve le tissu séro-fibreux des articulations.

Cette réflexion me conduit à dire que l'on peut considérer comme causes prédisposantes du rhumatisme articulaire aigu, toutes les nombreuses circonstances propres à favoriser, soit directement, soit indirectement, le refroidissement plus ou moins brusque de l'extérieur du corps, ainsi que celles qui placent le corps lui-même dans les conditions qui secondent l'action du froid, et le rendent plus sensible à l'impression de cet agent, telles, par exemple, certaines maladies éruptives, l'état puerpéral, etc.

Cela sera suffisamment démontré par les considérations que contient le paragraphe suivant.

Ce que nous trouvons dans les auteurs relativement à l'influence de l'âge, du sexe, du régime, en tant que causes prédisposantes, ne repose pas encore sur des recherches statistiques assez exactes pour que nous en fassions ici l'objet d'une discussion approfondie.

Quant à l'âge, il nous paraît bien établi qu'il n'en est aucun qui soit *absolument* à l'abri du rhumatisme articulaire. Néanmoins le rhumatisme articulaire bien aigu, sévit particulièrement sur les sujets de douze à quarante ans. Il n'épargne pas toujours, tant s'en faut, des sujets d'un âge moins avancé, et

au moment où je rédige cet article (23 février 1840), je viens de voir, avec M. le docteur Durand, un jeune enfant de sept ans atteint depuis cinq jours d'un rhumatisme articulaire presque général, avec *coïncidence* d'une très forte et très évidente endocardite.

II. *Causes occasionnelles ou déterminantes.* Ainsi que je l'ai dit dans les *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire,* et ainsi que l'avaient d'ailleurs reconnu, bien avant moi, tous les *bons* observateurs qui s'étaient occupés du même sujet, la véritable cause déterminante ou occasionnelle de cette maladie consiste dans l'action du froid, surtout humide, action d'autant plus puissante qu'elle s'exercera chez un individu dont le corps aura été préliminairement échauffé outre mesure, jusqu'à production d'une abondante sueur, comme il arrive surtout à la suite des grandes fatigues musculaires, de violens exercices du corps (1).

(1) « *Hâc ut plurimum occasione rheumatismus nascitur; æger scilicet sive exercitio aliquo vehementiori, sive aliquo modo excalefactus, mox repentinum frigus admisit* » (Sydenham).

En divers endroits de sa médecine pratique, Stoll enseigne très positivement et très explicitement que le rhumatisme reconnaît pour cause des alternatives de chaud et de froid. A la page 241 du tom. III, par exemple, il dit : « *on voyait affectés de rhumatismes des hommes bien portans d'ailleurs, pour s'être exposés, dans un état de sueur, à un air froid.* » A la page 218 du même volume, il déclare, en parlant du rhumatisme intestinal, qu'*il n'a jamais vu cette maladie avoir lieu sans que les malades eussent à se reprocher de s'être exposés au froid étant en sueur.*

Mais, dira-t-on, peut-être, cette cause déterminante n'est pas la seule que Stoll ait assignée au rhumatisme. J'en conviens. Stoll, en effet, a cru devoir faire intervenir son *influence gastrique* ou *bilieuse* dans la production de certains rhumatismes dont il a, pour cela, fait une série à part. Mais, en conscience, quel est aujourd'hui l'observateur exact, éclairé, non prévenu, qui puisse partager l'*hypothèse systématique* de Stoll? qui jamais a vu, bien vu, de véritables rhumatismes essentiellement déterminés *par la bile?*

« Le rhumatisme, dit Bichat, vient des vicissitudes de l'atmosphère.. En « général, il est produit par le passage d'un air chaud à un air froid et hu- « mide. » (*Dernier cours d'anat. pathologiq.* Paris, 1825, etc. pages 252, 256; publié par F. G. Boisseau).

M. Broussais le déclare expressément : *les rhumatismes sont des phlegma-*

L'impression du froid produira, d'ailleurs, des effets d'autant plus rapides et d'autant plus intenses qu'elle sera secondée par une *prédisposition* plus prononcée. Nous le répétons, après mûr examen, la seule et véritable cause déterminante du rhumatisme articulaire est bien celle que nous avions signalée dans l'opuscule cité par nous tout-à-l'heure. Toutes les autres causes, toutes les autres influences dont parlent les auteurs ne jouent réellement que le rôle de causes *adjuvantes* ou *auxiliaires,* et rentrent, pour la plupart, dans la catégorie de celles que nous avons appelées *prédisposantes*.

D'après les faits que j'ai recueillis, le rhumatisme aigu intense (*fièvre rhumatismale*) se développe sous l'influence des grandes et brusques alternatives d'*échauffement et de refroidissement du corps,* tandis que la forme sub-aiguë et la forme chronique se manifestent particulièrement quand les vicissitudes indiquées sont moins fortes, moins rapides, plus ménagées : dans quelques cas même, il suffit de l'influence prolongée du froid, surtout humide, sans la condition de l'échauffement antérieur du corps pour produire un rhumatisme articulaire de forme dite chronique. Selon que la cause déterminante se dissémine sur un plus ou moins grand nombre d'articulations et qu'elle sévit plus ou moins énergiquement sur telles ou telles de ces articulations, le rhumatisme articulaire sera tantôt *multiple, généralisé, ou partiel, unique,* tantôt *fixe ou ambulant,* etc.

Il est bien entendu qu'en faisant ici la part de la cause déterminante, dans le développement de telle ou telle forme, de telle ou telle variété du rhumatisme articulaire, je laisse aux

sies fibreuses ou synoviales produites par les vicissitudes du chaud et du froid extérieurs (Propos., cccxxix de l'exam. des doct.).

« Le rhumatisme, dit M. Cruveilhier, est la maladie de la classe laborieuse de la société, du laboureur, de l'artisan, du militaire exposé à toutes les intempéries de la saison. *On peut en provoquer à volonté les atteintes par des causes extérieures, par la suppression intempestive d'un vêtement, par un courant d'air, la pluie reçue, etc., de même qu'on peut le prévenir en se garantissant des variations brusques de l'atmosphère.*» (*Anat. path. du corps humain; malad. des artic.*, t. I, pag. 7).

causes *prédisposantes, adjuvantes, auxiliaires,* une seconde part dans le développement dont il s'agit ; et je ne prétends assigner à ces deux ordres de causes d'autres limites que celles qui sont tracées par l'observation exacte elle-même, délimitation qui laisse encore quelque chose à desirer. Quand plusieurs facteurs concourent à la production d'un phénomène quelconque, il est bien clair qu'il ne faut en négliger aucun.

Dans certains cas de rhumatisme articulaire aigu, déterminés *bien évidemment* par la cause dont nous nous occupons, la diffusion *successive* de la maladie sur la plupart des articulations est un phénomène dont nous sommes loin de bien connaître encore toutes les conditions. Pourquoi la cause déterminante ayant cessé, le mal envahit-il des articulations primitivement respectées? de nouvelles influences du même genre, quoique moins intenses, mais secondées par l'état du sujet, interviennent-elles dans le phénomène dont il s'agit?

Dans les *leçons* de M. Chomel *sur le rhumatisme,* on veut bien accorder une certaine part à la grande cause que nous venons de signaler dans la production du rhumatisme articulaire, mais on ajoute ensuite : « Nous nous serions bornés sur ce point « à ce peu de paroles, si l'on n'avait pas prétendu dernière- « ment que le froid humide est la cause déterminante par « excellence, la cause unique et constante (M. Bouillaud, « *Recherches nouvelles*, pag. 88, en note, et pag. 91). C'est « une exagération déjà mise en avant par Giannini, déjà bien « des fois réfutée par maint et maint observateurs, et qui res- « suscite cependant avec bruit aujourd'hui.... Depuis que la « controverse s'est élevée sur ce point, on s'est enquis avec « un soin tout particulier, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, si « les rhumatismes articulaires aigus qu'on a eu à y traiter, « avaient été ou non précédés d'un refroidissement. Eh! bien, « le résultat de cette enquête n'est point d'accord avec celui de « la clinique de la Charité.... Nous pourrions bien dire à titre « de justes représailles dans la forme, et à bon droit quant « au fond, que c'est une étrange *manie de lèse-observation* « que de ne vouloir avouer comme cause occasionnelle du rhu- « matisme que la seule action du froid. Nous éprouvons, nous « aussi une sorte de *pudeur médicale* à retracer ici une foule

« d'autres causes occasionnelles, qui pour la plupart, sont « évidentes comme le jour, et DONT L'AUTHENTICITÉ VA MÊME « JUSQU'A LA TRIVIALITÉ. » Ici l'auteur indique : « L'aménor- « rhée, ou bien l'irrégularité et la diminution du flux men- « struel, la brusque suspension de la sécrétion lactée et des « lochies, la rétrocession des flueurs blanches (sans doute « l'auteur n'admet pas ces *causes* parmi celles qui peuvent dé- « terminer le rhumatisme articulaire chez l'HOMME); la ré- « trocession du flux hémorroïdal; la guérison inopportune d'un « vieil ulcère; l'omission d'une saignée habituelle; le *refou-* « *lement* d'une épistaxis, d'une hémoptysie, ou de toute au- « tre hémorrhagie, à l'aide d'une médication astringente, mal- « à-propos employée, etc., etc. » Ces etc. sont suivis des additions que voici :

« Dans la collection des observations inédites de M. Cho- « mel, il se trouve deux cas dans lesquels *l'abus de l'excré-* « *tion spermatique paraît bien plutôt que le froid et l'hu-* « *midité avoir servi de cause déterminante.* Le malade de la « cinquantième observation était un scieur de pierres, exposé « depuis long-temps à toutes les intempéries atmosphériques, « et qui n'en avait éprouvé jusque-là aucune incommodité. Au « mois de février 1813, il fut attaqué d'un rhumatisme articu- « laire assez intense, à la suite d'excès inaccoutumés dans « les plaisirs de l'amour. L'autre malade, objet de la soixante- « septième observation, était un nouveau marié; depuis plu- « sieurs années il couchait impunément dans des écuries « étroites et humides; ce n'est que dans l'hiver qui suivit son « mariage qu'il fut pris, pour la première fois, d'un rhuma- « tisme articulaire aigu, et cela, très probablement, à cause « *des prouesses de la lune de miel.* » Par le plus bizarre renversement des lois de la saine logique en pareille matière, on conclut que dans ces deux cas : « Il y a grande raison « de croire que l'influence habituelle du froid humide fut sur- « tout une cause prédisposante, et que l'abus accidentel et « extraordinaire des facultés génitales fut la principale cause « déterminante. »

Après cette conclusion originale, on poursuit ainsi : « En compulsant un grand nombre d'histoires particulières de

« *rhumatisme articulaire aigu*, on trouve encore beaucoup « d'autres causes occasionnelles, de différens genres, à signa- « ler. Mais encore un coup, nous ne voulons qu'indiquer la « vérité à nos lecteurs, et non pas la développer jusqu'à sa- « tiété » (p. 150-51-52).

Quoi qu'il en soit de cette dernière remarque, réfléchissons un instant sur cette kyrielle de causes déterminantes du rhumatisme articulaire aigu, retracée dans les *leçons* de M. Chomel *sur le rhumatisme*. Certes, les auteurs de cet ouvrage avaient bien raison de dire qu'ils éprouvaient une sorte de *pudeur médicale* à placer ainsi parmi les causes DÉTERMINANTES *d'un rhumatisme articulaire aigu*, LES PROUESSES DE LA LUNE DE MIEL, et autres causes semblables, auxquelles ils ne trouvent rien à redire, sinon qu'elles sont trop *vraies*, trop *claires*, trop *banales*, trop *triviale*, trop *authentiques* (voy. 150, 152). Quand on comprend ainsi les causes *déterminantes* du rhumatisme articulaire aigu, je ne m'étonne plus qu'on fasse si peu de cas de celle à laquelle, par *une étrange manie de lèse-observation*, dit-on, nous avons, au contraire, attaché tant d'importance.

Oui, je l'avoue, j'étais étonné jadis de voir certains praticiens professer des doctrines dont l'observation la plus vulgaire fait éclater l'inexactitude. Mais depuis que j'ai appris à les mieux connaître, il est des hommes de la part desquelles aucune hérésie médicale ne saurait plus exciter ma surprise. On dirait qu'ils sont privés du sens de la vérité, et que pour eux *tout est erreur excepté l'erreur même*. Vous leur *montrez* les articulations pleines de pus chez des rhumatisans: erreur. Vous leur *montrez* la coïncidence d'une endocardite avec un rhumatisme articulaire aigu : erreur ! Vous leur *montrez* des lésions organiques du cœur consécutives à cette funeste coïncidence : erreur encore ! Vous leur *montrez* en foule des individus guéris en un septénaire ou deux d'un rhumatisme articulaire aigu intense, traité par une nouvelle méthode : erreur, erreur ! Vous leur *montrez* l'influence du froid sur le développement de cette maladie: erreur, toujours erreur ! Vous leur *montrez* le soleil, et ils nient la lumière !

Selon que l'influence sous l'empire de laquelle il se produit,

agit sur certains individus seulement ou sur une grande masse d'individus, comme il arrive en certaines saisons, en certains temps, en certains climats, le rhumatisme articulaire peut affecter la marche sporadique ou la marche épidémique. Il en est de même, d'ailleurs, de toutes les autres phlegmasies qui, comme lui, reconnaissent pour cause les grandes vicissitudes atmosphériques. Bien loin d'être en contradiction avec l'observation, la doctrine étiologique adoptée et enseignée par nous, s'y trouve parfaitement conforme : et, en cela, la doctrine de Stoll ne diffère point de la nôtre, puisque, comme nous l'avons déjà vu, soit qu'il règne épidémiquement, soit qu'il règne sporadiquement, le rhumatisme articulaire, d'après l'illustre praticien de Vienne, reconnaît la cause que nous avons indiquée plus haut.

D'après *les leçons* de M. Chomel (pag. 169 et suiv), ce qu'il faut surtout noter dans l'histoire de ces constitutions médicales, c'est que, sous le règne de chacune d'elles, la maladie réclame une méthode de traitement essentiellement opposée.

C'est là une question de haute pratique, dont nous ne devrons nous occuper qu'à l'article du traitement. Mais, comme à cette occasion, et trop pressé pour en attendre une meilleure, on a cru devoir nous donner une leçon de thérapeutique, le lecteur nous saura gré, sans doute, de n'avoir point voulu l'en priver plus long-temps :

« Je pourrais encore, dit-on, multiplier les citations à cet
« égard ; mais je ne veux pas épuiser le sujet, je ne voulais
« que l'indiquer à ceux d'entre les jeunes médecins qui ont
« une assez haute portée d'esprit pour en apprécier l'im-
« mense intérêt, et qui n'auront pas encore clos pour jamais
« leur intelligence, *sous l'influence d'un mauvais enseigne-*
« *ment, dans quelque système étroit et exclusif*.... Voilà des
« praticiens consommés, calmes et de sang-froid (il s'agit de
« Stoll et de de Mertens), qui rapportent simplement ce qu'ils
« ont observé, sans emphase et sans prétention, sans se po-
« ser en législateurs de la science, sans généraliser à la hâte
« les observations particulières à un pays et à une époque !
« Eh bien ! ils remarquent qu'en tel temps la coïncidence de

« tel symptôme anormal avec le rhumatisme articulaire fut « plus fréquente que de coutume; qu'en tel autre temps la « saignée, qu'ils avaient, eux aussi, employée maintes fois « avec grand succès, demeure inefficace, et qu'en son lieu et « place les véritables moyens de guérison furent, ici les « émétiques, là les bains sulfureux. *Que penser maintenant,* « d'autre part, *de ces observateurs impatiens et fougueux* « *qui, d'après leur expérience individuelle de quelques an-* « *nées, bâclent une loi pathologique, promulguent une* « *charte invariable de traitement, et sourient dédaigneu-* « *sement au nom de constitution médicale?* » (Ouv. cit. pag. 272-273).

Les lecteurs voudront bien me dispenser de répondre à cette foudroyante apostrophe, et me permettre d'achever *patiemment* ce que j'avais à leur dire sur les causes occasionnelles ou déterminantes du rhumatisme articulaire. Or, d'après l'interrogation exacte de deux cents rhumatisans au moins, qui, pour la plupart, m'ont déclaré qu'ils étaient tombés malades *pour s'être refroidis après avoir eu chaud*, et considérant que, comme la pneumonie, la pleurésie, etc., la maladie qui nous occupe, toutes choses d'ailleurs égales, est beaucoup plus commune dans les saisons qui favorisent ce refroidissement que dans les autres, chez les individus que leurs professions exposent à la cause indiquée, que chez ceux qui exercent des professions opposées, etc., je termine comme j'avais commencé, en affirmant, avec Sydenham, Giannini, Broussais, etc., etc., que le rhumatisme articulaire ne reconnaît d'autre cause déterminante réelle que l'influence du froid, s'exerçant dans les conditions par nous exposées, aucune autre, disons-nous, pas même ces *prouesses de la lune de miel* dont il est question dans les *leçons sur le rhumatisme* (1).

(1) Est-il besoin de répéter que nous avons apporté dans nos interrogations toute l'exactitude, toute la sévérité, toute la patience nécessaires? huit années d'enseignement nous ont appris combien l'art d'interroger est difficile et tout ce qu'exige de temps cette partie importante de la clinique. Nous n'avons jamais cherché à *dicter* en quelque sorte leur réponse aux malades, et nous avons

Comme complément de ce qui précède, j'ajouterai le document statistique suivant : sur les 52 malades dont je rapporte les observations dans le chapitre du traitement, 34 ont déclaré que leur rhumatisme avait été l'effet d'un refroidissement. La plupart s'étaient refroidis après s'être mis en sueur à la suite de *fatigues* musculaires diverses. Parmi les 18 malades restans, quelques-uns n'ont pas été interrogés; les autres ne savaient rien de positif sur la cause de leur rhumatisme. Plusieurs des malades de cette série étaient exposés par leur profession à des alternatives de chaud et de froid. Parmi les sujets des trente-huit premières observations consignées dans le chapitre du traitement, vingt-cinq exerçaient des professions qui les exposaient à de fréquentes alternatives de chaud et de froid (cochers, limonadiers, blanchisseuses, cuisinières, etc.).

noté les réponses de ceux qui disaient ignorer la cause de leur rhumatisme avec non moins de soin que celles de ceux qui déclaraient avoir contracté leur maladie par l'effet d'un refroidissement. Mais si l'ignorance de certains malades sur la cause du rhumatisme articulaire dont ils sont atteints, prouve que, à l'instar de quelques médecins, ils ne sont pas doués, à un haut degré, de l'esprit d'observation, elle ne prouve pas nécessairement la non-existence de cette cause, telle que nous l'avons indiquée.

CHAPITRE IV.

ÉTENDUE ET DEGRÉS DIVERS D'INTENSITÉ DU RHUMATISME ARTICULAIRE; INVASION SIMULTANÉE OU SUCCESSIVE DES DIVERSES ARTICULATIONS.

I. Le rhumatisme articulaire peut : 1° n'envahir qu'une seule ou du moins qu'un très petit nombre des diverses articulations des membres et du reste du corps : c'est le rhumatisme articulaire, l'arthro-rhumatisme *partiel* ou *mono-articulaire,* selon l'expression de Dance ; 2° ou s'emparer de toutes ces articulations : ce qui constitue le rhumatisme articulaire ou arthro-rhumatisme *général, universel;* 3° ou bien enfin sévir sur plusieurs des articulations, sans les envahir toutes, soit à-la-fois, soit successivement : c'est le rhumatisme articulaire ou arthro-rhumatisme plus ou moins *généralisé* ou poli-articulaire.

Les *espèces* d'arthro-rhumatisme fondées ainsi sur le nombre plus ou moins considérable des articulations affectées, pourraient être subdivisées d'une manière en quelque sorte indéfinie, mais de pareilles subdivisions ne seraient d'aucun intérêt *théorique* et d'aucune valeur *pratique.* On nous dispensera donc de nous en occuper, et de ne pas rappeler ici les dénominations que certains auteurs ont proposées pour la désignation des espèces *locales* du rhumatisme articulaire. Nous ajouterons seulement que le rhumatisme qui siège dans les petites articulations est assez vulgairement connu sous le nom de *rhumatisme goutteux*, dénomination à double sens qu'il serait bon de rayer du vocabulaire médical.

Mais il n'est pas indifférent de revenir ici sur deux importantes particularités qui distinguent entre elles les trois

grandes divisions que nous avons établies relativement à l'étendue du rhumatisme articulaire. Les voici :

1° Toutes choses égales d'ailleurs, le rhumatisme articulaire *partiel* est plus opiniâtre, plus *fixe*, plus tenace, plus rebelle que le rhumatisme articulaire *général* ou *généralisé*, comme si le mal avait de plus en profondeur ce qu'il a de moins en étendue, et que ces deux élémens fussent ici en raison inverse l'un de l'autre.

En lisant le mémoire de Dance *sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu*, j'y ai trouvé une note qui s'accorde assez avec ce que nous venons de dire.

« Nous croyons avoir remarqué, dit-il, que le rhumatisme articulaire aigu est d'autant plus douloureux, plus tenace et plus inamovible, qu'il occupe un moins grand nombre d'articulations ; on dirait que, dans cette maladie, les articulations sont solidaires entre elles ; si l'une d'elles (lorsque le rhumatisme est bien établi) vient à se dégager, une autre est envahie au même degré ; si les douleurs primitivement fixées sur plusieurs articulations viennent à confluer sur une seule, cette dernière partage la somme des souffrances des premières ; si au contraire l'inflammation étant mono-articulaire se dissémine sur plusieurs points, c'est par une répartition de cette *même inflammation* sur chacun d'eux ; ne serait-il pas rationnel, d'après cela, de chercher à rappeler par des irritans locaux momentanés, *l'inflammation rhumatismale*, en la divisant sur plusieurs articulations, lorsqu'elle conflue sur une seule et menace de la désorganiser, ce qui n'empêcherait pas de la combattre en même temps par un traitement approprié? » (*Archiv. génér. de méd., 7 avril* 1829).

2° Ainsi que je crois l'avoir clairement et solidement établi précédemment, la coïncidence d'un grave rhumatisme intérieur, d'une inflammation rhumatismale du cœur en particulier, avec le rhumatisme articulaire partiel, est extrêmement rare, constitue une véritable *exception*, tandis que cette même coïncidence est presque constante, et pour ainsi dire de règle dans le rhumatisme qui envahit la plupart ou la totalité des articulations ; d'où il suit que sous le rapport du

pronostic, la division du rhumatisme, établie sur son plus ou moins d'étendue, doit être prise en sérieuse considération.

II. Les degrés d'*intensité* du rhumatisme articulaire sont très variés. A l'une des extrémités de cette échelle d'intensité, se trouve cette forme dans laquelle la maladie semble marcher à l'instar d'un phlegmon qui tend à une prompte suppuration, et à l'autre extrémité, on rencontre cette forme de rhumatisme qui, par sa *légèreté* et sa *mobilité*, semble se rattacher à cette espèce d'érysipèle, qu'on désigne sous le nom d'érysipèle *ambulant* (nous reviendrons tout-à-l'heure sur le rhumatisme qu'on appelle aussi *ambulant*). Entre ces deux extrêmes, se remarquent des degrés intermédiaires, dont le nombre est réellement indéfini.

Les différences relatives à l'*intensité* du rhumatisme articulaire, ont été prises par certains auteurs pour des différences de *nature*. Ainsi, par exemple, ils admettent bien que le rhumatisme articulaire d'une grande intensité est une maladie inflammatoire, mais ils nient qu'il en soit ainsi du rhumatisme que nous plaçons dans les degrés inférieurs de l'échelle d'intensité qui vient d'être indiquée. Nous discuterons plus amplement cette question dans un autre chapitre de cet ouvrage. Mais nous devons dire, dès à présent, que la doctrine dont il s'agit constitue, pour parler comme Bichat, un véritable contresens nosologique. Comment, en effet, sans violer toutes les lois de la logique, attribuer à une seule et même maladie deux natures essentiellement différentes ou contradictoires?

Mais, s'il est bien vrai que, soumis à une *loi* qui régit toutes les autres maladies de la même famille, le rhumatisme articulaire peut, sans changer de *nature*, parcourir une échelle d'intensité dont les degrés sont très variés, cela n'empêche pas que la connaissance de ces principaux degrés ne soit de la plus haute importance, sous le rapport du pronostic et du traitement.

Quelque nombreux que puissent être les degrés d'intensité du rhumatisme articulaire, pour cette maladie comme pour ses analogues, nous les réduisons à trois principaux, d'après lesquels nous *catégorisons* les cas qui se présentent dans

notre clinique, en *graves* (1), *légers* et *moyens*. On verra plus loin que cette *catégorisation* sur laquelle nous avons tant insisté dans notre *clinique médicale*, est l'une des bases fondamentales de toute thérapeutique vraiment éclairée et exacte.

Du reste, les symptômes, la marche, les terminaisons, etc., du rhumatisme articulaire, sont puissamment modifiés, selon qu'il est plus ou moins intense, et sont en quelque sorte subordonnés à cette grande *condition* de la maladie.

III. Nous avons vu, à l'occasion de son étendue, que tantôt le rhumatisme articulaire n'affectait qu'une seule articulation ou qu'un groupe de petites articulations, et que tantôt il en affectait un nombre plus ou moins considérable ou même la totalité. Dans les deux cas, lorsque la maladie n'envahit pas d'autres articulations que celles primitivement affectées, on appelle le rhumatisme articulaire *fixe*.

Mais il est bien rare que dans le rhumatisme articulaire qui envahit un grand nombre d'articulations, cette invasion soit *simultanée*. Le plus ordinairement, elle est *successive*, c'est-à-dire que diverses articulations se prennent les unes après les autres, et l'on donne à cette forme ou à cette espèce de rhumatisme le nom de *vague*, de *mobile*, d'*ambulant*. C'est ainsi qu'on voit les articulations des membres inférieurs et celles des membres supérieurs se prendre alternativement; les articulations d'un seul membre ou des deux membres d'un côté se prendre isolément, une à une, ou par groupe et même en totalité, puis se dégager, tandis que les articulations des membres opposés se prennent à leur tour, et de la même manière. Il serait d'ailleurs impossible d'énumérer toutes les combinaisons de ce genre qui peuvent avoir lieu, et d'assigner des lois à cette sorte de *pérégrination* de l'affection rhumatismale.

Qu'on se garde bien, au reste, de prendre à la lettre, ces

(1) Le mot *graves* se prend ici dans un sens particulier et comme synonyme d'*intenses*. Il est, d'ailleurs, bien clair que comparées les unes avec les autres, à part leurs degrés d'intensité, les maladies sont plus ou moins graves, selon une foule de circonstances que je ne dois pas examiner ici.

expressions de *déplacement, ambulation, transport,* etc., du rhumatisme articulaire. Il ne faut pas croire, en effet, que cette maladie se *porte*, se *promène* ainsi d'une articulation à une autre. Ce serait, sans peut-être s'en douter, tomber dans cette *ontologie* médicale contre laquelle a si long-temps et si fortement tonné l'auteur de l'*Examen des doctrines.* Non, quoi qu'aient dit Stoll et quelques autres d'une prétendue *humeur rhumatisante*, etc., la maladie qui nous occupe n'est point un être quelconque qui, par une sorte de bond, plus ou moins étendu, saute de certaines articulations à d'autres, y revient par un mouvement contraire, etc. Ajoutons que ce ne sont pas seulement les articulations qui peuvent être ainsi successivement envahies par le rhumatisme, à si bon droit nommé alors *ambulant*, mais aussi les organes intérieurs, et de là ces endocardites, ces péricardites, ces pleurésies, etc., auxquelles on pourrait donner le nom d'*intercurrentes*, pour les distinguer de celles qui se développent dès l'origine même du rhumatisme articulaire, et qui lui sont *coïncidentes.*

Quoi qu'il en soit, par suite de ces invasions successives, il n'est pas rare de voir les mêmes articulations se prendre jusqu'à deux, trois et même quatre fois pendant le cours d'un seul et même rhumatisme.

On remarque en général, que le rhumatisme articulaire, en *s'éparpillant* plus ou moins, n'existe pas au même degré dans toutes les articulations, et que lorsqu'il s'empare de nouvelles articulations sans abandonner complètement celles qu'il avait déjà envahies, l'affection de ces dernières perd notablement de son intensité, comme si les fluxions qui s'établissent sur de nouvelles jointures jouaient, ainsi que nous l'avons déjà dit, le rôle de révulsifs. Il s'en faut d'ailleurs beaucoup que les articulations prises les premières, se dégagent toujours complètement lorsque d'autres viennent à s'affecter. Pour que cette sorte de *délitescence* soit complète, il est nécessaire que les articulations qui sont ainsi entièrement délivrées n'aient été rhumatisées que très superficiellement, et qu'effleurées en quelque sorte par la fluxion inflammatoire, comme il arrive, par exemple, dans ces fluxions des joues qui accompagnent

certaines odontalgies. Lorsque les articulations sont au contraire profondément entreprises, qu'un épanchement s'est formé dans leur intérieur, un dégagement complet ne s'opère jamais ou presque jamais soudainement ou par voie de *délitescence*. Il est très vrai que, même dans ce cas, la douleur articulaire peut se calmer considérablement ou même se dissiper en entier ; mais il n'en est pas de même des autres symptômes locaux, qui persistent le plus souvent soit au même degré, soit à un degré un peu inférieur. Cette remarque, comme nous l'avons déjà dit, n'avait point échappé à la sagacité de Sydenham. La douleur n'est pas ici le caractère essentiel de l'affection articulaire ; elle n'est, comme nous l'avons vu précédemment, que l'expression d'une sorte d'irritation des nerfs articulaires sur-ajoutée à la phlegmasie articulaire ; elle est à cette phlegmasie ce qu'est le *point de côté* ou *la pleurodynie* à la pleurésie ; or, dans combien de cas ce point de côté ne se dissipe-t-il pas avant l'épanchement pleurétique lui-même ?

CHAPITRE V.

DES RÉTROCESSIONS ET DES MÉTASTASES RHUMATISMALES; TERMINAISON DU RHUMATISME PAR D'AUTRES MALADIES.

I. Il faut bien se garder de confondre ce que les auteurs ont avancé sur la question des métastases et des rétrocessions rhumatismales, avec nos recherches sur la loi de *coïncidence* entre le rhumatisme articulaire et certaines inflammations rhumatismales internes, notamment *l'endocardite* et la *péricardite*. Nous avions nous-même dit quelque chose de ces *métastases* rhumatismales, à une époque antérieure à celle où nous avons découvert et *formulé* la loi dont il s'agit (1).

Il serait beaucoup trop long de consigner ici les opinions des divers auteurs qui ont écrit sur le sujet actuellement en question. Nous nous bornerons à signaler celles de Stoll, de M. Chomel, de l'auteur de l'article rhumatisme du grand *Dictionnaire des sciences médicales*, et de M. Andral.

II. Dans divers endroits de sa médecine pratique, Stoll disserte sur les métastases rhumatismales, et, chose singulière, il oublie d'indiquer le cœur comme étant l'un des organes sur lesquels peuvent s'opérer ces métastases.

(1) Dans le premier *Traité des maladies du cœur*, publié en 1824, nous avions, en effet, placé la *métastase* ou la *rétrocession* du rhumatisme parmi les causes de la péricardite, et, en cela, nous ne faisions que répéter une assertion émise fort long-temps avant nous. Or, en 1824, nous étions bien loin de nous douter de la loi de coïncidence, je ne dis pas seulement de l'endocardite, mais aussi de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu.

Parmi les passages que nous pourrions citer relativement à l'objet qui nous occupe, nous choisirons le suivant :

« *L'humeur rhumatisante* abandonnait les membres *su-*
« *bitement,* et au moment où on s'y attendait le moins; et
« elle se portait sur la poitrine où elle occasionait la dysp-
« née et l'orthopnée, avec une toux très violente, de l'op-
« pression et des crachats quelquefois sanguinolens. Une
« jeune fille ressentit tout-à-coup un froid extrême, le *rhu-*
« *matisme s'étant porté sur les poumons.* Elle ne pouvait
« respirer que dans une position droite; une sueur froide se
« ramassait en gouttes; on ne sentait pas le pouls au poignet;
« le cœur battait d'une manière très irrégulière et avec beau-
« coup de fréquence (1)... »

Certes, le cas particulier mentionné par Stoll, était bien propre à fixer l'attention du célèbre observateur du côté du cœur, et pourtant c'est précisément ce cas qu'il regarde uniquement comme un exemple du *transport du rhumatisme sur les poumons.*

III. Voici maintenant comment, dans sa thèse sur le rhumatisme, M. Chomel s'exprimait sur le sujet que nous étudions :

« La mobilité extrême du rhumatisme semble présenter
« la raison d'un phénomène qu'il offre souvent; je veux par-
« ler de son *alternative* avec les affections des viscères. On
« a pu, dans les temps où les théories étaient en faveur,
« *considérer comme rhumatismale l'inflammation de la*
« *plèvre ou du poumon qui succède au rhumatisme et*
« *semble cesser par son retour;* mais aujourd'hui qu'on ne
« voit dans ces maladies que ce que les sens peuvent y dis-
« tinguer, *on ne les regarde plus que comme des affections*
« DIVERSES *qui se remplacent mutuellement.*

« Ponsard remarque que les affections qui succèdent à la
« disparition *subite* du rhumatisme ont ordinairement leur
« siège dans les parties les plus faibles : dans l'estomac chez
« les grands mangeurs, dans les poumons chez les individus
« faiblement constitués, dans le cerveau chez ceux qui ont

(1) *Médec. pratic.*, t. III, pag. 103.

« pris de l'opium. *Je n'ai pas été à même de vérifier cette* « *opinion*, mais je ferai observer qu'un médicament qui « trouble la marche de la maladie ne détermine pas constam- « ment l'affection des parties sur lesquelles il agit. Dans une « observation de RANOÉ, *les poumons furent le siège des* « *principaux accidens produits par une purgation intem-* « *pestive*. »

« Le rhumatisme se juge *fréquemment par diverses es-* « *pèces de fièvres, de phlegmasies et de névroses;* je l'ai « vu dans quatre cas cesser par l'apparition de la névralgie « sciatique. *Storck* a vu plusieurs fois la pleurésie, et j'ai vu « moi-même la *péricardite* SUCCÉDER à cette affection et cau- « ser la mort des malades (1). »

La doctrine sous l'inspiration de laquelle a été composé l'article que l'on vient de lire mérite que nous nous y arrêtions un instant. Remarquons d'abord que l'auteur ne veut pas qu'on *regarde comme rhumatismale l'inflammation de la plèvre ou du poumon qui succède au rhumatisme;* selon lui *cette inflammation et le rhumatisme sont des affections diverses qui se remplacent mutuellement*. Il faut appliquer cette manière de philosopher à la péricardite, que M. Chomel dit avoir vu *succéder* aussi au rhumatisme et causer la mort des malades.

Ce que l'on dit ici de la différence de nature entre la péricardite ou la pleurésie qui succèdent au rhumatisme, est bien peu fondé, s'il s'agit de ce rhumatisme articulaire aigu que nous avons vu se terminer par suppuration ou épanchement purulent, lequel, nous demandons la permission de le répéter, n'est réellement autre chose qu'une sorte de péricardite ou de pleurésie articulaire. Mais laissons de côté cette question, pour ne nous occuper que de notre objet actuel, et terminons en faisant bien remarquer qu'il ne s'agit point, pour

(1) L'article que nous venons de citer à pour titre : *Terminaison par d'autres maladies*. M. Chomel achève cet article en disant : « Enfin l'hydropisie d'une articulation succède, dans quelques cas, *au rhumatisme qui en occupe le contour*. » Qu'est-ce qu'un rhumatisme qui occupe le *contour* d'une articulation et auquel succède l'hydropisie de cette dernière ?...

M. Chomel, de la *coïncidence* d'une péricardite ou d'une pleurésie avec le *rhumatisme,* mais bien, au contraire, de l'*alternative* de celui-ci avec les premières, de la *succession* de celles-ci à celui-là, et que d'ailleurs cet auteur ne signale point, d'une manière particulière, la péricardite comme succédant plus fréquemment que les *autres affections des viscères* au rhumatisme.

M. Chomel ne dit, au reste, absolument rien de *positif* sur cette fréquence. Quant à la péricardite en particulier, il ne fait point connaître le chiffre des cas qu'il a vus; ils étaient sans doute bien peu nombreux, puisque à l'article *terminaison par la mort,* après avoir dit qu'*il est bien rare que le rhumatisme conduise les malades à la mort,* il ajoute que *cependant* cela peut avoir lieu dans le rhumatisme chronique, ainsi qu'il en a lui-même observé trois cas, mais sans qu'il soit fait mention de péricardite dans les trois cas dont il s'agit.

Quoi qu'il en soit, pour trouver, comme on l'a fait, dans le passage que nous venons de citer de l'*Essai sur le rhumatisme* de M. Chomel, la découverte de la loi de coïncidence de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu, il faut en vérité être doué d'une perspicacité bien peu commune et posséder, pour ainsi dire, le don de *seconde vue.* Mais il paraît que M. Chomel oublia plus tard la découverte, car il n'en parle en aucun endroit des nombreux articles relatifs aux rhumatismes qui ont été publiés dans les comptes rendus de sa clinique, antérieurs à nos recherches. Le lecteur se rappellera sans doute que chez une malade atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu terminé par la mort, et placée dans le service de M. Chomel en 1830 (1), loin de reconnaître, de soupçonner, de *rechercher* une péricardite dont l'autopsie cadavérique démontra l'existence, *on crut à la* MÉTASTASE *de l'affection rhumatismale sur le canal intestinal.*

IV. Dans un paragraphe intitulé *Métastases, Conversions,* l'auteur de l'article *Rhumatisme* du grand *Dictionnaire des sciences médicales,* adopte une doctrine qui ne diffère pas

(1) Voyez l'Observation V de cet ouvrage.

notablement de celle de Stoll et de M. Chomel. Il parcourt successivement les organes qui peuvent être le siége des métastases rhumatismales. Commençant par ceux contenus dans la cavité du crâne, qui sont quelquefois, dit-il, le siége d'une métastase rhumatismale, il parle à cette occasion de l'*apoplexie rhumatismale.*

Passant ensuite aux organes contenus dans la poitrine, il dit quelques mots des rhumatismes des bronches, de la plèvre, du parenchyme des poumons, et arrivé au cœur, il se demande *si cet organe peut être le siége de l'affection rhumatismale.* Après avoir rapporté une analyse des recherches de M. Mathey sur ce sujet, ainsi que des remarques de M. Mérat à l'occasion de ces recherches, l'auteur ne se prononce pas.

Il admet que le péricarde, par sa *structure fibreuse,* est assez souvent le siége de l'*affection rhumatismale rétrocédée.* Du reste, il n'apporte point de faits à l'appui de son assertion, et invoque seulement l'autorité de Corvisart et de Scudamore, lesquels, le premier en particulier, n'ont réellement rien écrit de satisfaisant sur cette question. Quant aux conditions précises de cette *prétendue* rétrocession, pas un seul mot.

Arrivant aux organes abdominaux, il déclare formellement qu'*ils sont au moins aussi souvent que ceux contenus dans la poitrine, le siége de l'affection rhumatismale aiguë ou chronique réperoutée.* Il prétend que « dans ses leçons de « pathologie publiées par ses élèves, M. Broussais établit « qu'une gastrite, qui elle-même peut être le résultat de la « rétrocession d'un érysipèle, *dégénère quelquefois en rhumatisme articulaire.* »

Enfin, il termine en affirmant que « les auteurs qui, en « général, reconnaissent beaucoup d'affinité entre le rhumatisme chronique et le scorbut, établissent que la première « de ces affections donne naissance à l'autre. »

V. Dans le chapitre de sa *Clinique médicale,* consacré à la péricardite, M. le professeur Andral commence par rapporter deux observations de cette maladie survenue, dit-il, à la suite de la *disparition d'un rhumatisme articulaire aigu.* Parmi les réflexions qui accompagnent le récit de

ces deux cas, voici toutes celles qui ont trait à notre sujet.

Après avoir rapporté la première observation, M. Andral s'exprime ainsi à l'égard de la péricardite : « Son invasion suit « de près la disparition du rhumatisme articulaire. Plus « bas nous verrons également des inflammations de la plèvre « et du poumon se montrer en même temps que des douleurs « articulaires disparaissent tout-à-coup : c'est là la métastase « des anciens (1). Ces faits sont dignes de toute l'attention du « praticien. »

A la suite de la seconde observation, nous lisons : « Ici en- « core, comme dans le cas précédent, l'inflammation du pé- « ricarde parut naître en même temps que disparut l'affection « rhumatismale des membres. »

On voit que M. le professeur Andral insiste particulièrement sur cette circonstance, savoir, que la péricardite et les autres affections indiquées par lui *succèdent* au rhumatisme, le *rem-*

(1) A l'occasion de cette métastase, M. Andral ajoute en note : « Cette *mé-* « *tastase* n'est pas toujours suivie de la production d'une péricardite, d'une « pleurésie ou d'une pneumonie. Ce qui prédomine en plus d'un cas de ce « genre, c'est la lésion de fonction, qui est plus grave que ne paraît l'être la » lésion de texture. Ainsi, *à la suite de la disparition d'une douleur rhumatis-* « *male,* se montrent des palpitations, une vive douleur précordiale, un point « pleurétique, une dyspnée plus ou moins forte; mais la promptitude avec la- « quelle disparaissent à leur tour ces divers accidens ne permet pas de les at- « tribuer à une altération profonde dans la texture de l'organe qui en est le « siége. Cependant ces *accidens présentent*, si l'on peut ainsi dire, *une phy-* « *sionomie au moins aussi alarmante que ceux qui résulteraient*, *soit d'une* « *hépatisation pulmonaire*, *soit d'un épanchement de pus dans la plèvre ou* « *dans le péricarde.* La même cause qui, dans un même jour, produira des « douleurs dans dix articulations différentes qu'on verra revenir à l'état sain « aussi rapidement qu'elles étaient devenues malades; cette même cause, dis-je, « peut donc, lorsqu'elle vient à porter son influence sur quelque partie in- « terne, y déterminer : 1° une simple modification d'action ou dynamique; « 2° une lésion d'organisation. Cette seconde lésion n'est que consécutive à la « première, et est plus rare qu'elle. »

La théorie générale exposée par M. Andral, est, selon nous, en partie vraie et en partie erronée; mais ce n'est pas ici le lieu de soulever une discussion de philosophie médicale générale.

placent (1), et pour qu'on ne s'y trompe pas, il ajoute : *c'est là la métastase rhumatismale des anciens.* Nulle part, il n'est question de *coïncidence* soit de la péricardite, soit de la pleurésie, etc., avec un rhumatisme en général ou avec telle espèce déterminée de rhumatisme. Ce mot de *coïncidence* ne s'est pas trouvé une seule fois sous la plume de M. Andral, et il ne faut pas s'en étonner puisqu'il aurait été en contradiction avec celui de *métastase*.

Ainsi donc, non-seulement M. Andral ne s'est pas occupé d'une *loi* déterminée, exprimant le rapport exact qui lie entre eux les faits qu'il signale, mais encore, en supposant qu'il eût formulé cette *loi*, elle serait essentiellement différente de celle que nous avons découverte, puisqu'elle s'appliquerait à des faits de *rétrocession* ou de *métastase* rhumatismale, tandis que l'autre roule sur des faits de *coïncidence* de certaines affections rhumatismales intérieures avec le rhumatisme extérieur, et spécialement sur des faits de coïncidence d'endocardite et de péricardite rhumatismales avec le rhumatisme articulaire aigu.

Quant au fait, vrai ou faux, de la péricardite par rétrocession, nous avons vu qu'il avait été signalé par des auteurs antérieurs à M. Andral, et nous l'avions rappelé nous-même dans le *Traité des maladies du cœur* publié en 1824, époque à laquelle n'avait pas encore paru le volume de la *Clinique médicale* dans lequel M. Andral a traité de la péricardite et des autres maladies du cœur (2).

(1) La seconde observation a pour titre : *Douleur au bas du sternum et à la région du cœur*, REMPLAÇANT *des douleurs articulaires.*

(2) En même temps que le passage suivant de ce volume, publié en 1826, prouve notre assertion, il démontre aussi que M. Andral était bien loin de s'attendre aux progrès récens dont s'est enrichie l'histoire des maladies du cœur : « Depuis la publication des immortelles recherches de Corvisart, et des nom- « breux travaux qui, postérieurs aux siens, ont encore agrandi le domaine de « la science, l'*Histoire des maladies du cœur et de ses dépendances,* dit M. An- « dral, *doit être regardée comme à-peu-près achevée...* qu'y aurait-il de neuf « à dire sur ce sujet (l'anatomie pathologique des maladies organiques du « cœur), après les excellentes descriptions qui ont été anciennement données

Il résulte de ce qui précède que M. le professeur Andral s'est involontairement fait illusion, lorsque, dans ses notes sur l'ouvrage de Laennec (1836), il a écrit que dans ces derniers temps, mes travaux sont venus confirmer *l'idée qu'il avait émise sur le rapport qui existe souvent entre le rhumatisme et le développement ultérieur d'une maladie du cœur.* En effet, on ne trouve pas même l'ombre d'une pareille idée dans la partie de son ouvrage relative à la péricardite, et rien, absolument rien, dans ce qu'il dit des autres maladies de cet organe, n'a trait soit à la *coïncidence* de ces maladies avec le rhumatisme, soit *sur le rapport qui existe souvent entre le rhumatisme et le développement ultérieur d'une maladie du cœur.*

Je me trouve, d'ailleurs, infiniment heureux de voir M. Andral s'exprimer ainsi qu'il suit sur les rapports que j'ai signalés entre le rhumatisme articulaire et les maladies du cœur : « Les recherches de M. Bouillaud ont montré une *coïncidence* « beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait soupçonné avant « lui, entre le rhumatisme et certaines affections du cœur. « On ne peut plus *révoquer en doute* aujourd'hui que dans un « grand nombre de rhumatismes articulaires aigus, la mem- « brane interne du cœur n'ait une singulière tendance à s'en- « flammer.... *Je ne doute plus,* pour ma part, du rôle impor- « tant que joue le rhumatisme articulaire aigu dans la pro- « duction des maladies organiques du cœur. D'un côté, je me « suis assuré par une investigation attentive, qu'un assez

« par Lancisi et Sénac ; plus tard, par Corvisart ; plus récemment enfin, et « avec une bien plus rigoureuse précision, par MM. Laennec, Bertin et Bouil- « laud ? » En disant que M. Andral, à l'époque de la première édition de sa clinique, ne prévoyait pas les progrès récens, relatifs à la pathologie du cœur, je ne fais que répéter une pensée exprimée par cet auteur lui-même dans ses *notes* sur l'ouvrage de Laennec, publiées en 1836. Dans les notes dont il s'agit, il a bien voulu, en effet, placer nos recherches parmi celles qui *sont venues s'ajouter à celles de Laennec, et en féconder les résultats.* Voici ces propres termes : « Tels sont les travaux de M. Bouillaud sur l'endocardite, sur les « bruits des artères et sur une foule d'autres points de la pathologie du « cœur, qu'il a éclairés de la lumière la plus vive et la plus INATTENDUE. »

« grand nombre d'individus atteints de diverses lésions du « cœur avaient eu antécédemment un rhumatisme aigu, et que « c'était à dater de cette époque, ou peu de temps après, qu'ils « avaient commencé à remarquer en eux quelques accidens « du côté du cœur ; d'un autre côté, ayant observé chaque « jour l'état du cœur chez beaucoup de rhumatisans, j'ai, en « quelque sorte, entendu naître sous mon oreille l'affection du « cœur. D'abord, soit pendant que les douleurs articulaires « existent encore, soit après qu'elles ont cessé, on perçoit un « bruit de soufflet, qui, faible à son commencement, devient « chaque jour plus prononcé. A cette première période de la « maladie, il n'y a le plus souvent ni douleur à la région précor- « diale, ni palpitations, ni dyspnée; plus tard, ces deux derniers « symptômes apparaissent, ils coïncident le plus souvent avec « un état d'hypertrophie du cœur, hypertrophie qui survient « plus ou moins rapidement, comme résultat de l'endocardite, « celle-ci étant la première lésion qui a marché avec le rhu- « matisme, ou qui lui a succédé. J'ai vu d'autres cas dans les- « quels plusieurs années après qu'un rhumatisme articulaire « aigu avait eu lieu, on ne trouvait rien autre chose au cœur « qu'un bruit de soufflet, que n'accompagnait aucun autre si- « gne d'affection de cet organe. En pareil cas, il faut admettre, « à l'un des orifices du cœur, l'existence d'un rétrécissement « qui n'a entraîné à sa suite (ce qui est fort rare) aucun épais- « sissement des parois de l'organe, ou aucun agrandissement « de ses cavités (1). »

Le passage que l'on vient de lire est une éclatante confirmation, j'ai presque dit une littérale reproduction de ce que j'avais publié en 1835, dans mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*. Or, que l'on rapproche ce passage de ceux que nous avons fidèlement empruntés plus haut à la *Clinique médicale* de M. Andral, et l'on verra combien peu ils se ressemblent; en sorte que l'on restera pleinement convaincu que, sous le point de vue qui nous occupe, mes travaux ne sont pas venus confirmer l'idée

(1) Notes et additions au *Traité de l'auscultation médiate de Laennec*, pag. 406-407. 1836.

que M. Andral avait émise, dans la première édition de sa *Clinique médicale* « sur le rapport qui existe souvent entre le rhumatisme et le développement ultérieur d'une maladie du cœur. » J'ajouterai que, s'il est vrai, comme veut bien le dire M. Andral, « qu'une foule de « points de la pathologie du cœur ont été éclairés par mes « travaux de la lumière la plus vive et la plus *inattendue,* » on reconnaîtra qu'au nombre de ces points doit se trouver en première ligne celui dont il vient d'être question.

Qu'importe, au reste, ce vain débat que nous ne soutenons qu'à regret? L'essentiel, c'est que M. Andral déclare positivement aujourd'hui « que mes recherches ont montré une « coïncidence beaucoup plus fréquente qu'on ne l'avait soup- « çonnée avant moi, entre le rhumatisme et certaines affec- « tions du cœur, et qu'*il ne doute* plus, pour sa part, du rôle « important que joue le rhumatisme articulaire aigu dans la « production des maladies organiques du cœur. »

VI. Que trouvons-nous donc, en résumé, chez les auteurs qui ont traité la question des rétrocessions et des métastases rhumatismales? Rien, ou presque rien qui puisse soutenir une discussion sérieuse. Qu'est-ce, en effet, que « cette prétendue *humeur rhumatisante* de Stoll, abandonnant les membres subitement, et au moment où on s'y attendait le moins? » Que nous apprend de bien clair M. Chomel, quand il écrit, à propos de l'*alternative du rhumatisme avec les affections des viscères,* qu'on ne les regarde plus que comme des *affections diverses* qui se remplacent mutuellement? Qu'est-ce que cette *inflammation de la plèvre et du poumon qui succède au rhumatisme, et semble cesser par son retour?* Où sont les faits bien observés d'une pneumonie parfaitement caractérisée, et *succédant* au rhumatisme, qui ait réellement cessé par le retour de celui-ci? Que signifient positivement ces mots de *rétrocession,* de *répercussion,* de *métastase* du rhumatisme sur diverses parties intérieures? Vous chercheriez vainement dans les auteurs une réponse satisfaisante à cette question.

Je ne prétends point composer ici une dissertation sur le problème tant controversé des métastases considérées d'une

manière générale ; mais je ne puis m'empêcher de faire observer que, dans beaucoup de cas relatifs *aux métastases,* on a, pour ainsi dire, renversé l'ordre suivant lequel se passent les phénomènes, et, par cela même, commis une erreur des plus capitales. Je veux dire que certaines inflammations intérieures regardées, par exemple, comme le résultat d'une *métastase* ou *rétrocession* d'une affection extérieure, du rhumatisme articulaire entre autres, préexistaient à cette prétendue métastase ; que l'affection extérieure n'avait pas disparu complètement ou diminué par l'effet de son *transport,* de sa *rétrocession,* de sa *métastase* sur un organe intérieur dont elle détermine ainsi l'inflammation, mais bien en vertu de cette grande *loi* établie par Hippocrate: *Duobus laboribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum,* loi surtout applicable à l'espèce de cas que nous étudions, dans lesquels il y a le plus souvent, en effet, *coïncidence, simultanéité* (*simul obortis*) entre l'affection extérieure et l'affection intérieure.

Je ne nie pas, cependant, que dans un certain nombre de cas, rapportés aux *métastases,* la maladie intérieure n'ait point *succédé* à la maladie extérieure ; mais ce fait de succession est bien loin de suffire à la démonstration de la *théorie* des métastases, telle qu'elle a été enseignée jusqu'ici dans les écoles. On connaît assez, en effet, le défaut du célèbre argument *post hoc, ergò propter hoc.* Un rapport de *succession* ne constitue pas nécessairement un rapport de *cause à effet,* et il se pourrait, à la rigueur, que dans les cas que l'on a rapportés à la catégorie des *véritables métastases,* il s'en trouvât plusieurs qui dussent en être retranchés, conformément aux principes ci-dessus exposés.

Voici mon dernier mot sur ce point. Autant il est rigoureusement démontré que l'existence d'une grande inflammation intérieure *obscurcit,* révulse, selon l'expression des modernes, à un degré variable, une inflammation extérieure moins *véhémente,* autant il est *douteux* que celle-ci ait jamais, par sa *rétrocession,* sa *métastase,* donné naissance à la première ; et pour particulariser cette proposition générale, pour l'appliquer à l'*espèce,* depuis huit ans que j'étudie,

avec la plus grande attention, le rhumatisme en général et la question de sa métastase en particulier, je suis obligé de déclarer que, parmi plus de deux cents observations que j'ai recueillies sur cette maladie, il n'en est aucune qui soit favorable à l'ancienne théorie des métastases, tandis qu'un très grand nombre déposent en faveur de la *loi* d'Hippocrate, indiquée plus haut.

Cette déclaration est, je l'avoue, bien peu d'accord avec les doctrines généralement reçues, et notamment avec celle de M. Cruveilhier, qui, dans un passage de son grand ouvrage sur l'anatomie pathologique du corps humain, s'exprime ainsi : « *La délitescence avec métastase*, pour parler le langage de l'école, voilà le caractère de l'inflammation *rhumatismale.* » Cette proposition n'est, d'ailleurs, appuyée d'aucunes preuves dans l'ouvrage que nous venons d'indiquer, et ce qu'il y a d'assez singulier, c'est qu'elle se trouve précisément en tête de trois observations de rhumatisme articulaire terminé par suppuration, observations que nous avons rapportées dans notre premier chapitre (observ. VII, VIII et IX). On conviendra que cette place n'est pas très heureusement choisie, puisque rien n'est plus opposé à la terminaison par *délitescence* que la terminaison par *suppuration.* Au reste, je n'ai pas l'intention de rayer la *délitescence* du nombre des terminaisons du *rhumatisme articulaire.* Je dis seulement que ce n'est pas une doctrine conforme à l'exacte observation que de dire, d'une manière générale et absolue, avec M. Cruveilhier : *La délitescence avec métastase, voilà le caractère de l'inflammation rhumatismale.*

Quoi qu'il en soit, si nous particularisons encore davantage notre sujet, et que nous appliquions les principes ci-dessus énoncés à l'endocardite et à la péricardite, l'accompagnement intérieur le plus fréquent du rhumatisme articulaire, nous nous exprimerons ainsi :

1° Tantôt l'endocardite et la péricardite *coïncident* primitivement et dès le début avec le rhumatisme articulaire, et marchent avec lui de compagnie pendant un temps variable selon diverses circonstances, de telle sorte toutefois que, dans la majorité des cas, et le degré d'intensité étant à-peu-près

égal pour cette double affection, *l'extérieure* cède plus promptement que *l'intérieure :* de là une des causes les plus communes de cette singulière *fièvre rhumatismale sans rhumatisme* signalée par nous ailleurs.

2° Tantôt l'endocardite et la péricardite sont postérieures à l'affection articulaire et apparaissent dans son cours, mais sans disparition de celle-ci ou même avec augmentation de son intensité dans les premières articulations prises et extension à d'autres articulations, de manière que le cœur joue pour ainsi dire le rôle d'une des articulations qui n'ont été envahies qu'à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie.

3° Tantôt l'endocardite et la péricardite apparaissent postérieurement au début du rhumatisme articulaire aigu, et à l'époque de leur développement, celui-ci perd notablement de son intensité, mais sans qu'on soit autorisé à poser en fait qu'il s'est alors opéré une véritable *métastase :* il semble plutôt que dans ce cas, l'endocardite et la péricardite ont pour ainsi dire agi à la manière d'un vésicatoire.

4° Je n'ai jamais vu l'endocardite et la péricardite se déclarer brusquement, comme on l'a dit, par *suite* de la *disparition subite* d'un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé; je n'ai jamais vu non plus une péricardite ou une endocardite rhumatismales bien développées disparaître complètement par le fait du retour de l'affection articulaire *rétrocédée* ou *répercutée.*

5° Pour compléter les propositions précédentes, j'ajoute que je n'ai jamais vu un rhumatisme articulaire se *déclarer brusquement* par suite de la *disparition subite* d'une endocardite, d'une *péricardite*, etc., bien caractérisées, sorte de métastase *renversée* ou de dedans en dehors dont il faudrait admettre la réciprocité, si la métastase proprement dite ou la *rétrocession* de dehors en dedans, était aussi réelle qu'on le prétend dans certaines écoles.

CHAPITRE VI.

ÉVOLUTION, PÉRIODES, MARCHE, DURÉE DU RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

§ Ier. *Périodes, évolution et marche.*

Considéré sous le point de vue de sa complète évolution, le rhumatisme articulaire aigu présente trois grandes périodes ou trois phases principales : la première comprend le temps qui s'écoule depuis le début de la maladie jusqu'à son entier développement : c'est la période d'augment (*incrementum*) pour nous servir du langage de l'école; la seconde comprend le temps durant lequel la maladie persiste dans son entier développement : c'est la période *d'état;* la troisième enfin comprend le temps qui s'écoule depuis le moment où la maladie commence à décroître jusqu'à celui de sa terminaison complète : c'est la période de *déclin* ou de *décroissement* (*decrementum*).

Aux trois périodes ci-dessus établies, quelques auteurs en ont ajouté une autre sous le titre de période d'incubation, de *prodrômes* ou de *phénomènes précurseurs*.

On tomberait dans une grave erreur si l'on prenait trop à la lettre tout ce que les auteurs ont écrit sur la période dont il s'agit, et notamment sur une prétendue fièvre qui, dans le rhumatisme articulaire aigu, comme dans les *fièvres* éruptives proprement dites, devancerait de quelques jours la manifestation de l'affection articulaire.

Remarquons d'abord qu'à un degré très léger, et lorsqu'il n'occupe qu'un petit nombre d'articulations d'un volume peu considérable, le rhumatisme articulaire est souvent *apyréti-*

que, à quelque période qu'on examine les malades. Que devient, dans cet ordre de cas, le système d'après lequel la fièvre précéderait constamment les phénomènes locaux dont les articulations sont le siège?

L'exacte observation nous apprend que dans le rhumatisme articulaire aigu fébrile, comme dans les grandes phlegmasies aiguës les plus franches, les plus *légitimes*, telles que la pneumonie, la pleurésie, etc., survenant à la suite d'un brusque refroidissement, les phénomènes de l'affection locale naissante et les phénomènes fébriles se développent à-peu-près simultanément. Toutefois, hors les cas où la cause s'éparpille en quelque sorte sur tout le système sanguin, ou du moins sévit sur son organe central en même temps que sur les poumons, la plèvre, les synoviales, etc., la raison nous enseigne que les phénomènes locaux doivent précéder les phénomènes généraux ou réactionnels et partant la fièvre, comme la *cause doit précéder l'effet*, bien que, dans un bon nombre de cas, l'effet suive la cause de si près que l'intervalle qui les sépare ne puisse être, si j'ose le dire, saisi que par l'œil de l'entendement.

Mais si dans la famille de maladies qui nous occupe, et à laquelle appartient de droit le rhumatisme articulaire aigu fébrile, on peut, on doit même, à la rigueur, admettre que la fièvre *suit* l'affection locale, comme l'ombre suit le corps, il n'est donc pas permis de dire, en thèse générale, que la première précède de quelques jours la seconde. Au reste, le simple bon sens médical a, depuis un temps indéfini, décidé la question agitée ici, en donnant à la fièvre qui accompagne ces maladies, l'épithète de *consécutive*, de *secondaire*, de *symptomatique*.

Toutefois, n'exagérons rien et sachons toujours bien distinguer les cas au lieu de les confondre dans une généralisation extrême, excessive. Or, il peut se présenter certains cas dans lesquels un mouvement fébrile précède l'apparition formelle des *phénomènes articulaires*, chez un individu qui plus tard sera frappé d'un rhumatisme articulaire. Mais gardons-nous bien de conclure de là, comme le font certains auteurs, que la fièvre dite rhumatismale est la *cause des inflammations articu-*

laires au lieu d'en être *l'effet*, et qu'il en est de cette fièvre comme de celle qui précède la variole. Pour qu'une pareille conclusion fût logique, légitime, il faudrait que, à l'instar de l'éruption variolique, l'affection articulaire, et, s'il m'est permis de parler ainsi, *l'éruption rhumatismale articulaire* fût constamment précédée, du moins dans les cas suffisamment intenses, d'une fièvre d'incubation tellement manifeste, que nul observateur éclairé et de bonne foi ne pût en nier l'existence. En est-il cependant ainsi? Non, assurément non. Donc, dans les cas, réellement exceptionnels, que nous supposons et que nous discutons, si l'on n'est pas en droit de dire que la fièvre soit l'effet du rhumatisme articulaire, puisqu'il n'existe pas encore, ou que du moins son intensité, s'il existe déjà, n'est pas en proportion avec l'intensité de la fièvre, on n'est pas autorisé non plus à soutenir que le rhumatisme articulaire est l'effet de la fièvre (proposition d'ailleurs insoutenable sous certains autres rapports que nous n'examinons pas ici). Il y a donc alors, jusqu'à un certain point, indépendance entre les deux faits dont il s'agit, ou du moins ils ne s'enchaînent l'un à l'autre par aucun lien de *causalité*, par aucun rapport de cause à effet. Et qu'on n'aille pas, à l'occasion de cette prétendue fièvre d'incubation, comme à l'occasion de cette autre fièvre qui persiste quelquefois après la disparition du rhumatisme articulaire (*fièvre rhumatismale sans rhumatisme* de quelques-uns), qu'on n'aille pas, dis-je, évoquant le fantôme d'une doctrine renversée sans retour, nous parler encore de je ne sais quelle nouvelle fièvre *essentielle!* Un peu plus haut, nous avons vu comment, grâce à la découverte de la loi de coïncidence de l'endocardite ou de la péricardite, une lumière imprévue avait lui sur la question, jusque-là si obscure, de la fièvre qui survit assez souvent au rhumatisme articulaire (1). Eh bien! que dans les cas, à la vérité bien rares, puisque je n'en ai pas rencontré depuis huit ans que mon attention est fixée sur l'étude du rhumatisme, que dans les cas de fièvre

(1) Si, par exception, ces inflammations n'existaient pas dans les cas dont il s'agit, on trouverait la raison de la fièvre dans la présence de quelque autre des accompagnemens du rhumatisme articulaire, signalés précédemment.

précédant le développement d'un rhumatisme articulaire, on explore avec soin tous les organes, toutes les fonctions, et l'on ne tardera pas à se convaincre, si l'on est suffisamment versé dans la pratique des méthodes exactes d'exploration, que cette fièvre se rattache soit à un état inflammatoire direct de l'appareil sanguin, soit à une réaction exercée sur cet appareil par quelque organe intérieur ou extérieur enflammé.

Mais revenons à nos trois périodes fondamentales dont les précédentes considérations nous ont assez et peut-être trop long-temps éloignés.

Nous ne croyons pas devoir insister sur les caractères particuliers qui distinguent chacune de ces périodes. Ce n'est là, en effet, qu'une application des principes que fournit l'étude attentive des maladies à la famille desquelles appartient le rhumatisme articulaire, considérées d'une manière générale ; nous ajouterons seulement les réflexions suivantes.

Le rhumatisme articulaire aigu ne parcourt pas toujours, et d'une manière fatale, les trois grandes périodes que nous venons de lui assigner ; il peut en quelque sorte *avorter* ou ne parcourir qu'une partie de la courbe qui représente son évolution complète. Cet avortement de la maladie est tantôt naturel, *spontané*, comme on dit assez improprement, tantôt *artificiel*, ou le produit d'une thérapeutique dont nous parlerons plus loin. L'avortement dit naturel ou spontané du rhumatisme articulaire aigu n'a lieu que dans les cas où celui-ci est extrêmement léger, et c'est alors qu'il se termine par véritable *délitescence*, selon l'expression consacrée. Nous verrons plus loin que, par un traitement bien dirigé et suffisamment énergique, on peut faire avorter un rhumatisme articulaire d'une grande intensité, et, *à fortiori*, celui qui n'atteint pas à un aussi haut degré.

Considérée en général, la marche du rhumatisme articulaire aigu, bien que *continue*, est *entrecoupée* d'exacerbations ou de paroxysmes et de rémissions. Comme dans la plupart des autres maladies aiguës, les paroxysmes ont lieu le plus souvent le soir et la nuit ; c'est alors surtout que les douleurs redoublent et deviennent *atroces*, selon

l'expression de Sydenham, expression qui se retrouve d'ailleurs dans un très grand nombre des observations de divers auteurs que nous avons rapportées dans le premier chapitre de cet ouvrage (1).

Il ne faut pas confondre les simples paroxysmes ou exacerbations avec les *recrudescences* et les *récidives* proprement dites, malheureusement trop communes dans la maladie qui nous occupe. Celles-ci constituent, en effet, de véritables attaques nouvelles, qui le plus souvent reconnaissent pour cause quelque imprudence commise par les malades pendant le cours d'une convalescence, quelquefois encore mal assurée.

Ajoutons enfin qu'il n'est pas très rare de voir des individus bien guéris d'une première atteinte de rhumatisme articulaire, en éprouver plus tard de nouvelles. Nous avons depuis huit ans observé un grand nombre de cas de ce genre. Cette *récidivité* a lieu à des intervalles plus ou moins éloignés qu'il est impossible de soumettre à aucun calcul, même purement approximatif.

§ II. *Durée.*

Jusqu'ici les auteurs qui ont écrit sur la durée du rhumatisme articulaire aigu, n'ont point fondé leurs assertions sur des faits bien recueillis, analysés avec toute l'exactitude convenable et suffisamment nombreux. Ils n'ont point étudié sérieusement chacune des nombreuses circonstances qui

(1) Disons, à cette occasion, un mot de la marche de la maladie articulaire que Sydenham et d'autres après lui ont décrite sous le nom de *goutte aiguë*, et qui, jusqu'à un certain point, n'est qu'une forme spéciale du rhumatisme articulaire aigu. L'affection dont il s'agit offre une marche qui se compose fréquemment d'une série d'accès ou d'attaques qui semblent tenir le milieu entre les paroxysmes simples et les récidives proprement dites. Aussi l'illustre médecin de Londres ne s'est-il peut-être pas servi de l'expression la plus exacte possible, en leur donnant le nom de *petits paroxysmes* et celui de *paroxysme* à l'ensemble de la série. A cela près, il a dit avec autant de bonheur que de vérité : « *Ex serie horum paroxysmulorum (sit verbo venia) constat paroxysmus,* « *qui dicitur podagra... neque enim censendum est, quotiès quis eum hoc morbo* « *ad menses duos, vel tres fuerit conflictatus, unum illum paroxysmum fuisse,* « *sed seriem potius et catenam paroxysmulorum.* »

peuvent faire varier la durée du rhumatisme articulaire, telles que : 1° les degrés si variables d'intensité, la fixité ou la mobilité, la concentration ou la dissémination, les accompagnemens, les complications de la maladie; 2° les conditions individuelles, le genre et le mode de traitement, etc., etc. (1).

Cependant, avant de faire connaître les résultats de nos propres recherches fondées sur deux centaines d'observations recueillies avec un soin extrême, depuis un espace de sept à huit ans, voyons ce que nous apprennent les principaux auteurs qui se sont occupés de la matière.

I. *Durée du rhumatisme articulaire sous l'influence des méthodes usitées jusqu'ici.* De l'aveu de tous les auteurs qui, à différentes époques, ont traité la question qui nous occupe, la durée du rhumatisme articulaire aigu, à un certain degré d'intensité, est généralement fort longue, et l'on pourrait l'évaluer approximativement à un terme moyen de quarante à cinquante jours. Voici quelques détails à ce sujet:

En feuilletant l'ouvrage de Celse, pour savoir si j'y rencontrerais quelque article qui se rapportât au rhumatisme articulaire, j'y ai trouvé, à ma grande surprise, je l'avoue, une évaluation numérique de la durée de cette maladie, qui rentre précisément dans la moyenne approximative ci-dessus indiquée. Dans le livre où Celse traite des maladies, spécialement des douleurs des grandes et des petites articulations, après ce qui concerne celles des hanches et des genoux, on lit ce qui suit : « In manibus pedibusque articulorum vitia fré« quentiora *longiora*que sunt quæ in podagris chiragris« ve esse consueverunt.... ubi dolor et *inflammatio* se remi« serunt, QUOD INTRA DIES QUADRAGINTA FIT, nisi vitium ho« minis accessit, etc. (2). »

(1) On ne sait pas tout ce qu'il en coûte pour recueillir, pendant plusieurs années, des observations où l'on puisse trouver les élémens nécessaires à la solution *exacte* des questions générales dont se compose l'histoire des maladies, et parmi lesquelles la *durée* tient un des premiers rangs.

(2) *Auli Cornel. Celsi, Medicin.*, libri VIII, p. 213-216; edit. Patavii, MDCCCXV.

Le prince des observateurs du dix-septième siècle, Sydenham s'exprime ainsi sur la durée du rhumatisme articulaire aigu intense : « Licet rarissimè hominem è medio tollat, « tamen et vehementia doloris et DIUTURNITAS eum prorsùs « contemni non sinunt. Etenim si minus peritè tractetur, « *non ad menses tantùm, sed ad annos etiam aliquot, imo « per omnem adeo vitam miserum haud infrequenter dis- « cruciat....* »

Dans le siècle qui suivit celui de Sydenham, Stoll parle de la durée du rhumatisme articulaire dans des termes qui ressemblent assez à ceux de l'illustre praticien de Londres, ainsi que le prouveront les passages que nous allons extraire de sa *médecine pratique* :

« Quelquefois le rhumatisme avec fièvre (1) était opiniâtre, « et ne cédait qu'avec peine aux remèdes les mieux indi- « qués ; *alors la maladie traînait en longueur.* »

« Le rhumatisme se *prolonge* SOUVENT *pendant plusieurs « semaines ;* et rarement se termine-t-il en peu de temps « lorsqu'il est abandonné à la nature.... La LONGUEUR du « rhumatisme fébrile est au nombre des circonstances qui « tourmentèrent beaucoup les malades. Cette *longueur du « mal éluda souvent le traitement actif de Sydenham, de « sorte que les forces se trouvaient plutôt abattues que la « maladie.* Des malades restaient *plusieurs semaines* sans « pouvoir se remuer.... Le plus souvent la maladie était re- « belle et résistait à tous mes efforts. »

« Si on la néglige (la *dysenterie séreuse*), elle se change « en une fièvre rhumatismale des intestins, *longue et difficile, « comme nous le voyons arriver aux fièvres rhumatismales « des membres, dans lesquelles les poignets et les genoux « sont tuméfiés et très douloureux.*

« La seconde espèce de rhumatisme » (Stoll avait d'abord parlé des rhumatismes sans fièvre, benins, qu'on dissipait facilement), « la seconde espèce de rhumatisme était ce *rhuma-*

(1) Dans plusieurs endroits, Stoll n'ajoute point l'épithète *articulaire* au mot *rhumatisme*, mais une lecture attentive prouve que ces endroits sont bien relatifs au rhumatisme articulaire.

« *tisme opiniâtre* des extrémités, d'abord avec fièvre et un « gonflement de la partie affectée; ensuite, quoique la fièvre « eût été dissipée, *restant long-temps douloureux*.... s'il n'é« tait pas traité convenablement, les articulations ne cessaient « qu'à la longue d'être douloureuses : il les laissait moins pro« pres au mouvement, raides, pleines de nodosités, tumé« fiées et pour toujours comme à demi contournées. Il y avait « un troisième genre de fluxions; elles faisaient pousser des « cris au malade lorsqu'on le touchait avec le doigt, même « très légèrement. Je traitai, en 1777, deux jeunes filles dont « l'une eut la main et l'autre le pied affectés d'un pareil rhu« matisme. Je pensai que la maladie avait été plutôt adoucie « *par le temps* que domptée par mes soins, qui, quoique très « multipliés et diversifiés, ne purent l'emporter sur le *carac« tère opiniâtre de la maladie*. Chez quelques malades, ces « rhumatismes, après les avoir fait souffrir *long-temps*, SE « TOURNÈRENT EN SUPPURATION » (1). Et pour prouver plus positivement encore la longue durée du rhumatisme articulaire aigu fébrile, dans les cas ordinaires, Stoll cite comme des exemples remarquables, *extraordinaires,* d'une guérison rapide du rhumatisme articulaire aigu, deux observations relatives à des sujets chez lesquels cette maladie, d'une intensité moyenne, se prolongea vingt jours environ, bien que soumise au traitement que Stoll avait jugé le *plus convenable*. Dans la première de ces observations de *fièvre rhumatismale,* il s'agit d'une fille de dix-huit ans, qui fut traitée par *deux saignées, deux vésicatoires et cinq vomitifs*. Voici les réflexions de Stoll à l'occasion de ce fait : « Ce n'est qu'a« vec répugnance que je me suis occupé de cette maladie, que « j'avais observée fréquemment et si *souvent accusée d'une « opiniâtreté extrême*. Mais cette fois mes espérances furent « surpassées par la *promptitude et l'efficacité du traitement « que j'employai* (1). » Or, quelle fut cette merveilleuse

(1) On voit que Stoll n'est pas au nombre de ceux qui nient la *terminaison* du rhumatisme *par suppuration*. Les passages que nous venons de rapporter se trouvent aux pages 24, 25, 86, 87 du tome premier, 223, 224 et 243 du tome troisième de la *Médecine pratique* (RATIO MEDENDI).

(2) Ouv. cit., t. II, pag. 188 et suiv.

promptitude du traitement employé? La malade entra à l'hôpital le 23 mai, quatrième jour du rhumatisme, et, le 4 juin, seizième jour à dater du début, Stoll, après avoir expressément noté que les malléoles devinrent douloureuses, ajoute : « Mais un vomitif ayant évacué beaucoup de matières bilieu-« ses et muqueuses, la malade fut *bientôt* remise dans son bon « état. »

Ainsi, chez une jeune malade, traitée dès le quatrième jour après le début, la convalescence n'est pas encore bien établie au seizième jour, puisqu'à cette époque les malléoles deviennent douloureuses, et néanmoins c'est au sujet d'un pareil cas, que Stoll se félicite de ce que ses espérances furent surpassées *par la promptitude et l'efficacité du traitement qu'il employa!* Qu'on juge, d'après ce cas, choisi comme un modèle de courte durée, de ce que devait être la longueur de la *fièvre rhumatismale* dans les cas où cette maladie *fut si souvent accusée* par Stoll *d'une opiniâtreté extrême!*

Suivant M. Fauchier, « comme l'établit fort bien Stoll et « après lui Barthez, *un des caractères distinctifs de l'inflam-« mation rhumatismale, est d'être de longue durée* » (1).

Nous avons rapporté précédemment l'observation à l'occasion de laquelle M. Fauchier s'exprime ainsi (obs. XX). Elle ne milite que trop en faveur de cette proposition, puisque la malade qui en est le sujet n'était pas encore guérie au bout de trois mois, et que, d'ailleurs, l'une des articulations rhumatisées, le genou droit, resta frappée *d'une incurable ankylose.*

D'après Haygarth, le rhumatisme articulaire aigu peut se prolonger jusqu'au quatre-vingtième jour (2).

Selon Pinel, le rhumatisme articulaire aigu dure de sept à soixante jours (*Nosogr. philosoph.*, t. II, page 549; sixième édit., 1818).

(1) *Journal général de Médecine*, 1815.

(2) M. Chomel, après avoir rapporté cette assertion, ajoute : « Mais je crois « que les exemples en sont infiniment rares : dans presque tous les cas où la « maladie s'est prolongée au-delà du sixième septénaire, je l'ai vue offrir les « caractères du rhumatisme chronique » (*Dissert. inaug.*, 1813). Qu'importe ici le nom?

Un relevé de vingt-et-un cas, fait par M. Martin-Solon et publié à l'article rhumatisme du grand *Dictionnaire des Sciences médicales*, nous fournit les résultats suivans : six jours, un seul cas; dix jours, deux cas; onze à quinze jours, quatre cas; seize à vingt jours, six cas; vingt-et-un à vingt-cinq jours, trois cas; trente à trente-trois jours, trois cas; quarante-deux à cinquante jours, deux cas. Malheureusement, cette statistique manque des détails propres à satisfaire les esprits exacts et positifs. Mais, telle qu'elle est, elle nous montre que chez le tiers seulement des malades, l'affection n'a duré que de six à quinze jours, tandis que chez les deux autres tiers, elle s'est prolongée de seize à cinquante jours.

Dans la dissertation inaugurale de M. Chomel, soutenue en 1813, nous lisons : « La durée du rhumatisme est très variable dans les diverses espèces. Dans le rhumatisme aigu, « elle s'étend rarement au-delà du deuxième ou troisième « septénaire, *quand il est intense*, et du sixième, *quand il* « *est léger* (1).

« Le rhumatisme aigu se termine assez souvent le quatorzième jour, surtout quand la marche de la maladie n'est « troublée ni par les erreurs de régime ni par *un traitement* « *actif* (2).

« J'ai cherché à connaître quelle influence les âges et les « saisons exercent sur la durée de la maladie. De quinze à « trente ans, elle s'est terminée ordinairement *avant le quarantième jour;* de trente à quarante-cinq, plus communément *après le quarantième jour, dans le rapport de*

(1) Il est difficile de concevoir comment un rhumatisme *léger* dure six septénaires, tandis qu'un rhumatisme intense n'en dure que deux ou trois. C'est, peut-être, l'inverse que l'auteur a voulu dire. Cependant, cette erreur d'impression, si c'en n'est une, se trouve reproduite dans la nouvelle édition de la dissertation inaugurale de M. Chomel, publiée en 1837, à la fin des *Leçons sur le rhumatisme*.

(2) Ainsi, d'après M. Chomel, un traitement actif, à l'instar d'une erreur de régime, est une des causes qui empêcheraient le rhumatisme de se terminer au quatorzième jour!

« *deux à un;* après quarante-cinq ans, j'ai observé la même « chose, mais dans le rapport de quatre à un.

« Les rhumatismes que j'ai vus ont été beaucoup moins « longs dans le printemps que dans toute autre saison; pen- « dant l'automne, un nombre à-peu-près égal s'est terminé « *avant et après le quarantième jour; beaucoup de ceux* « *qui se sont manifestés pendant l'été, et presque tous ceux* « *qui ont débuté pendant l'hiver, se sont prolongés au-delà* « *de ce terme.* »

Rapportons maintenant ce qui est rélatif à notre sujet dans les divers comptes rendus de la Clinique de M. Chomel :

I[er]. « Les rhumatismes accompagnés de fièvre ont duré « *vingt-trois jours* au moins et *cinquante jours* au plus; les « rhumatismes sans fièvre, huit à treize jours (1).

II[e]. « L'arthrite (rhumatisme articulaire) disparaît *rare-* « *ment* avant le vingtième jour, *et se prolonge quelquefois* « *trois mois, quelle qu'ait été la médication employée* (2).

III[e]. « La durée du rhumatisme articulaire général a été « une seule fois de quinze jours; dans les autres cas, la ma- « ladie s'est prolongée de trois semaines à trois mois (3).

IV[e]. « La durée du rhumatisme articulaire aigu fut, chez « les sujets atteints pour la première fois, vingt jours; chez « les sujets atteints pour la seconde fois, vingt-sept jours; « chez les sujets atteints pour la troisième fois, quatorze « jours.

« La durée de la maladie a été plus longue dans les cas « où l'on a fait usage des abondantes émissions sanguines « que dans ceux où elles ont été employées dans une certaine « mesure » (4).

(1) *Lancette française*, numéro du 10 septembre 1833.

(2) *Ibid. Leçons sur le rhumatisme*, 1834.

(3) *Ibid. Résumé de quarante-neuf cas de rhumatisme*, *recueillis pendant l'année scolaire* 1834-35.

(4) *Ibid. Résumé de quatorze cas de rhumatisme articulaire aigu*, *recueillis pendant l'année scolaire* 1835-36.

On remarquera que, dans ce dernier compte rendu, époque à laquelle la *Nouvelle formule des émissions sanguines* comptait déjà tant de succès en sa

Selon M. Roche : « La durée du rhumatisme articulaire « aigu presque toujours très longue, varie *depuis une quin-* « *zaine de jours jusqu'à deux et trois mois :* on l'a vu, dans « quelques cas rares, disparaître en trois et quatre jours, et, « dans d'autres, *se prolonger au-delà de quatre à cinq mois.* « *Sa durée moyenne est de quarante jours* (1). »

Dance nous fournit des documens assez précieux sur la durée du rhumatisme articulaire aigu, traité par le tartre stibié à haute dose, soit seul, soit combiné avec les émissions sanguines selon les anciennes pratiques (2).

Des vingt observations qu'il a publiées il résulte ce qui suit :

Chez dix malades atteints de rhumatismes, ou très aigus, ou médiocrement intenses, ou fixés sur un petit nombre d'articulations, la durée de la maladie fut *indéfinie* dans deux cas, de *soixante jours ou deux mois* dans quatre cas, de *quarante-cinq jours ou un mois et demi* dans un cas, de *quarante-deux jours ou six semaines* dans deux cas, et de *trente jours ou d'un mois* dans un seul cas.

Certes, en présence de toutes les citations précédentes, il est difficile de comprendre comment, dans un ouvrage récent (3), on a pu nous accuser *d'avoir imaginé*, par on ne *sait quelle étrange méprise, que les auteurs qui avaient parlé de la prolongation du rhumatisme articulaire jusqu'au quarantième jour* (4).... *donnaient cela non comme*

faveur, on *prend soin de noter que la durée de la maladie fut plus longue dans les cas où l'on fit usage des abondantes émissions sanguines que dans ceux où elles furent employées dans une certaine mesure...!*

(1) Artic. *Arthrite rhumatism. du Dictionnaire de médec. et de chirurgie pratiques.*

(2) *Mémoire sur l'emploi du tartre stibié, à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu*, publié dans les *Archives générales de médecine*, avril 1829.

(3) *Leçons sur le rhumatisme*, etc., pag. 244.

(4) Il est dit, dans le passage ci-dessus rapporté, jusqu'au quarantième, soixante et même quatre-vingtième jour ; mais j'ai dû supprimer ces deux dernières époques, attendu qu'il n'en avait point été question dans notre évaluation de la durée moyenne du rhumatisme articulaire aigu, d'après les auteurs. Voici, en effet, le texte littéral auquel on fait ici allusion : « De l'aveu de

exception, mais comme règle. S'il était permis à quelqu'un de nous accuser de cette prétendue *étrange méprise*, du moins n'était-ce pas à M. le professeur Chomel, c'est-à-dire à celui de tous les praticiens modernes qui, antérieurement à l'époque où nous avons montré comment on pouvait diminuer la durée du rhumatisme articulaire aigu, insistait, avec le plus de complaisance, sur la longueur de cette durée, ainsi que le démontrent si *évidemment* les passages que nous avons cités tout-à-l'heure.

Au reste, c'est au public éclairé qu'il appartient maintenant de décider de quel côté se trouve *l'étrange méprise* dont il a été question plus haut. J'ai mis sous ses yeux les élémens qui doivent servir de base à son jugement, élémens que l'on chercherait bien vainement dans les *Leçons sur le rhumatisme*, etc.

2° *Durée du rhumatisme articulaire aigu sous l'influence de la méthode de traitement de l'auteur de cet ouvrage.* Dans mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire*, etc., je disais : « L'expérience démontre, de la manière la plus claire, la plus formelle, que la durée du rhumatisme articulaire aigu est en rapport avec le mode de traitement. Par conséquent, la *moyenne* de la durée telle qu'elle vient d'être indiquée plus haut, n'est vraie que dans les conditions du traitement employé par les médecins dont nous avons invoqué les témoignages, et cesse de l'être dans d'autres conditions thérapeutiques (1). Appuyé sur plus de cent observations, re-

« tous les observateurs qui jusqu'ici ont tracé l'histoire du rhumatisme articu-
« laire aigu, la durée de cette maladie est très longue, et, terme moyen, de
« *quarante à cinquante jours.* » (*Nouvelles recherches sur le rhumatisme artic.*, etc., pag. 73.)

(1) En signalant ici la suprême influence des méthodes thérapeutiques sur le plus ou moins de durée du rhumatisme articulaire, je suis, je le sais bien, en contradiction avec la plupart des praticiens, tant anciens que modernes ; mais je suis d'accord avec la saine clinique, et cela doit me suffire. On a déjà vu par quelques passages rapportés précédemment, que Stoll et d'autres avouaient, avec amertume, l'impuissance de leurs moyens thérapeutiques pour arrêter le cours d'un rhumatisme articulaire aigu. La même doctrine est enseignée dans nos écoles, par des observateurs dont l'autorité est d'un grand

cueillies avec un soin extrême et en présence d'un grand nombre d'élèves et de plusieurs confrères, j'ose affirmer que sous l'influence du traitement que nous employons, la durée du rhumatisme a diminué de *plus de moitié*, et ne dépasse pas en général, *un à deux septénaires*. Et qu'on ne dise pas que nous avons eu affaire à des rhumatismes légers : ils étaient pour le moins aussi graves que ceux que *j'avais vu autrefois durer quarante ou cinquante jours*. Encore une fois, il ne s'agit point ici d'une chose douteuse : il nous est démontré, avec la rigueur mathématique, que la seule cause de la

poids. Par exemple, dans le mémoire que nous avons cité plus haut, Dance donne pour raison de ce qu'il n'insisterait pas sur le tartre stibié, la *persuasion où il est que le rhumatisme aigu a quelque chose de fixe dans sa marche et sa durée, malgré les moyens les plus actifs et les plus perturbateurs.*

Dans les *Leçons* de M. Chomel *sur le rhumatisme,* nous lisons ce qui suit : « L'incertaine durée du rhumatisme articulaire aigu est cause que les ma- « lades, et quelquefois même les médecins, se font illusion sur la valeur de « tels ou tels remèdes. Car, il n'y a aucun moyen sûr de juger d'avance si tel « rhumatisme durera un ou deux, ou trois septénaires ou davantage..... On « pourrait composer un énorme volume, rien qu'en recueillant les faits authen- « tiques de rapides guérisons qui se sont opérées à l'aide, et peut-être même « à l'encontre des médications les plus différentes... Que l'on ne se presse ja- « mais de chanter victoire, lorsqu'on sera peut-être tombé sur quelques cas « heureux dans l'expérimentation d'une méthode nouvelle de traitement. « Que l'on trouve un médicament, une médication qui, sur une masse de trente « à quarante malades, affectés de fièvre rhumatismale, amène constamment la « guérison après quatorze jours ; alors il n'y aura plus de doute sur l'efficacité « de ce médicament, de cette médication. Depuis long-temps, hélas ! on cher- « che un tel secret, et il est encore à trouver. » (Pag. 244, 250-51.)

Non, certainement, un tel secret n'est plus à trouver et ne l'était déjà plus à l'époque où fut publié (1837) l'ouvrage d'où nous venons d'extraire ce passage. Dès cette époque, en effet, plus de *quarante faits* bien authentiques démontraient qu'attaquée dans les premiers jours de son invasion, la fièvre rhumatismale était enlevée en moins de quatorze jours. Ces faits n'empêchèrent pas d'enseigner, *comme devant,* la doctrine ci-dessus ; et les nouveaux faits, au nombre de plus de *trente*, que contient cet ouvrage, ajoutés à ceux des *Nouvelles recherches* et de la *Clinique médicale,* ne seront vraisemblablement pas plus heureux. Tant il est vrai qu'il est des hommes, dont les yeux restent toujours fermés à la lumière ! *oculos habent et non vident.*

moindre durée de nos rhumatismes gît dans le mode de traitement qui nous est propre. »

Si l'on n'oublie pas cette *moyenne d'un à deux septénaires* donnée par nous d'une part, et celle de *quarante jours* expressément donnée par les auteurs que nous avons cités d'autre part, on sera, peut-être, un peu surpris, pour ne pas dire plus, de lire dans les *Leçons sur le rhumatisme* que la *moyenne vraie de la durée totale* du rhumatisme articulaire aigu traité par notre méthode, *dépasse d'un septénaire celle que la plupart des pathologistes donnent comme la plus ordinaire* (p. 244). Quant aux procédés mis en usage pour arriver à ce chef-d'œuvre de calcul différentiel, nous les avons fait connaître dans le chapitre du tome second de notre *Clinique médicale,* où nous nous sommes occupé du rhumatisme articulaire aigu, et nous y renvoyons le lecteur, car de pareilles discussions sont trop affligeantes pour s'y engager à deux fois sans évidente nécessité.

Quoi qu'il en soit, depuis bientôt quatre ans que nous avons déterminé, ainsi qu'il vient d'être dit, la *durée moyenne* du rhumatisme articulaire aigu sous l'influence du traitement que nous formulerons plus loin, plus de cent nouveaux faits sont venus confirmer l'exactitude de notre calcul, et montrer même qu'au lieu de les exagérer nous avions sensiblement atténué les succès dus à la nouvelle méthode (1). Ainsi que je l'ai déjà tant de fois déclaré, ces succès sont tels qu'on n'y peut réellement ajouter foi qu'après en avoir été témoin. Je ne suis donc point étonné ni affligé du *doute philosophique* de quelques personnes, qui ne les connaissent en quelque sorte que par *ouï-dire.* Mais ce qui me paraît peu philosophique, c'est de voir nier formellement des résultats dont on n'a pas voulu s'assurer par sa propre expérience ou par celle des autres. Ce qu'il y a de certain, c'est que bien des centaines de témoins que compte aujourd'hui notre clinique, ont été vivement frappés de la vérité des résultats que nous proclamons. Ajoutons que parmi ces témoins, il s'est rencontré un assez

(1) Voyez les observations placées dans le chapitre du traitement, et ajoutez-les à celles déjà publiées dans notre *Clinique médicale.*

bon nombre de personnes qui n'étaient rien moins que prévenues en sa faveur, et qui n'étaient pas toujours faciles à convertir (1).

Au reste, pour la détermination de la durée du rhumatisme articulaire aigu, sous l'empire d'une médication donnée, il faut distinguer les cas en plusieurs catégories : il faut tenir compte, comme nous l'avons dit, dès en commençant, du degré d'intensité, de l'étendue, des complications de la maladie, des *conditions individuelles* des sujets, etc. Il serait trop long de parcourir ici toutes ces particularités dont nous aurons soin de faire ressortir l'influence, à l'occasion des observations particulières que contient le chapitre du traitement.

Relevons seulement en passant une erreur qui se trouve dans les *Leçons sur le rhumatisme* (page 243), relativement à l'influence de l'étendue du rhumatisme articulaire sur sa durée. On y lit qu'il est aussi rare de voir le rhumatisme articulaire général se terminer dans l'espace d'un septénaire qu'il est fréquent d'observer cette courte durée dans le rhumatisme articulaire partiel.

On croirait, d'après cette assertion formulée en termes absolus, que, toutes choses égales d'ailleurs, le rhumatisme articulaire partiel cède beaucoup plus facilement et plus rapidement que le rhumatisme articulaire général. Or, il n'en

(1) Quelques élèves de nos antagonistes nous offraient parfois un spectacle assez instructif. L'un deux, par exemple, se trouvait auprès d'un malade affecté d'un rhumatisme articulaire aigu généralisé des plus intenses : c'était un beau modèle de la *fièvre rhumatismale* la mieux caractérisée. Presque toutes les articulations des membres supérieurs et inférieurs étaient fortement prises; immobile dans son lit comme une statue, le malade présentait une fièvre des plus violentes. Le rhumatisme ne datait que de quelques jours. « Qu'on jugule en un septénaire ce rhumatisme-là ! » disait cet élève, de l'air le plus incrédule à-la-fois et le plus ironique, à ceux de ses condisciples qui, comme lui, se pressaient autour du lit du patient. Au grand étonnement du jeune incrédule, le rhumatisme fut effectivement enlevé, et bien enlevé sans retour, dans le premier septénaire. Mais savez-vous ce que disait ensuite l'élève dont nous parlons ? Il disait *que la maladie qu'on avait ainsi guérie n'était pas un rhumatisme.* Que pense le lecteur de ce trait qui s'est renouvelé plus d'une fois, soit à l'occasion de cette maladie, soit à l'occasion de quelques autres ?

est rien, du moins dans un très grand nombre de cas. Nos observations, conformes d'ailleurs à celles de Stoll et de Dance, nous ont appris, en effet, qu'il n'est point d'espèce de rhumatisme articulaire plus rebelle, plus tenace, plus opiniâtre que certains rhumatismes, d'un degré intense, fixés sur une seule grosse articulation, comme le genou, ou sur un groupe de petites articulations, telles que celles de la main et du pied, entre autres.

CHAPITRE VII.

PRONOSTIC; MORTALITÉ.

I. On chercherait bien vainement dans les auteurs des données précises sur l'objet de ce chapitre. En effet, de telles données supposent une application éclairée de la statistique à la médecine clinique exacte, et jusqu'ici cette hypothèse ne s'était point réalisée.

Mais ce n'est pas tout. L'ignorance où l'on était de la *loi* de coïncidence des inflammations rhumatismales du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu, frappe nécessairement d'une sorte de nullité ce que l'on trouve dans les écrits de nos prédécesseurs sur le pronostic de cette dernière maladie. Et s'il était besoin d'une nouvelle preuve de l'ignorance où l'on était de la *loi* dont il s'agit, on la trouverait dans le silence que les auteurs ont gardé sur les inflammations du cœur, à l'occasion des vagues considérations qu'ils ont pu consacrer au pronostic du rhumatisme articulaire. Certes, ils n'auraient pu s'empêcher de tenir compte de cet élément, s'ils avaient connu les déplorables suites de la coïncidence signalée, sous les conditions de traitement adoptées jusqu'à ces derniers temps.

II. Voici d'ailleurs ce que nous lisons sur le sujet qui nous occupe, dans quelques-uns des principaux auteurs que nous avons déjà précédemment mentionnés :

A l'occasion de la durée du rhumatisme articulaire, nous avons vu que, selon Sydenham, bien que cette maladie emportât très rarement les sujets qui en sont atteints, néanmoins, la véhémence et la *diuturnité* des douleurs, la persévérance assez fréquente de la maladie (quand elle n'est pas assez bien traitée), non pas seulement pendant des mois, mais

encore pendant quelques années, et même pendant toute la vie, méritaient d'être prises en considération. Stoll insiste sur les mêmes circonstances, et tous les deux ont soin d'ajouter qu'à la longue, la maladie entraîne les plus graves lésions matérielles dans les articulations affectées. Mais Sydenham et Stoll étaient loin de prévoir qu'un jour viendrait où l'on démontrerait clairement que, dans les cas de rhumatisme articulaire fébrile prolongé, le cœur, bien plus souvent encore que les articulations elles-mêmes, devient le siège d'incurables lésions organiques.

Dans l'article *terminaison par la mort* de sa dissertation sur le rhumatisme, M. Chomel s'exprime ainsi : « Il est bien « rare que cette affection conduise les malades à la mort; ce- « pendant cela peut avoir lieu dans le rhumatisme chroni- « que. Les malades, privés presque complètement de la fa- « culté de se mouvoir, sont forcés de garder le lit; la fai- « blesse augmente, et les dispose à être atteints de FIÈVRE « ADYNAMIQUE, surtout s'ils restent pendant long-temps dans « un hôpital. Dans d'autres cas, l'impossibilité de changer de « position, détermine la formation d'eschares au sacrum et « aux trochanters; la fièvre hectique se manifeste, et hâte la « fin des malades. *Tels sont les phénomènes qu'ont présen-* « *tés trois individus que j'ai vus succomber à des rhuma-* « *tismes chroniques.* »

Le même auteur, dans ses *Leçons sur le rhumatisme*, publiées en 1837, se borne aux réflexions suivantes, en ce qui concerne le pronostic du rhumatisme articulaire :

« Le pronostic est relatif : 1° à la durée de la maladie; 2° à « la terminaison; 3° aux rechutes. Sous le rapport de la du- « rée, il faut présenter au patient le *chiffre ordinaire*, qui « est de *vingt à trente jours;* mais pendant ce temps, qu'elle « série de sensations douloureuses ! Quant à la terminaison, « elle est heureuse en général, dans les premières attaques, « hormis le cas de *phlegmasie métastatique des membranes* « *séreuses*, et consiste dans une résolution complète. Mais « après de fréquentes rechutes, le mal laisse ordinairement « après lui de la dureté, de la raideur, et des concrétions to- « phacées dans les articulations. Ces rechutes, d'ailleurs, sont

« comme nous l'avons vu, immanquables, ou peu s'en faut, à « moins que, par un destin plus funeste encore, le sujet ne « survive pas long-temps à sa première attaque. »

On voit que dans ses *Leçons sur le rhumatisme,* publiées à une époque où tant de bons observateurs avaient eu de nombreuses occasions de confirmer mes recherches sur la péricardite et l'endocardite rhumatismales, M. Chomel ne tient aucun compte des *suites* de cet important accompagnement du rhumatisme articulaire, dans ce qu'il dit sur le pronostic de cette dernière maladie. Il n'en tient pas compte, à une époque où les faits les plus concluans avaient démontré que la moitié au moins des individus qui succombent à ce qu'on appelle un affection organique du cœur, avaient été atteints d'une endocardite ou d'une péricardite rhumatismales.

Le chiffre ordinaire de la *durée* est, comme nous l'avons vu, subordonné à la méthode thérapeutique employée, ainsi qu'à d'autres circonstances bien connues des vrais cliniciens. Comment M. Chomel a-t-il pu, en traitant du pronostic, négliger cette grande donnée, ainsi que la considération du degré, de l'étendue de la maladie, des complications, des conditions individuelles, etc.?

L'auteur de l'article *rhumatisme* du grand *Dictionnaire des sciences médicales,* n'a rien dit du pronostic du rhumatisme articulaire en particulier. Voici ce qu'il dit du pronostic du rhumatisme en général :

« Le rhumatisme est, en général, une maladie peu dan- « gereuse, au moins pour les jours de ceux qui en sont at- « teints. Les terminaisons funestes du rhumatisme aigu sont, « règle générale, le résultat *d'une rétrocession* ou *d'une* « *métastase du principe* qui cause cette affection sur les or- « ganes intérieurs...

« Sur 168 affections rhumatismales aiguës, Haygarth en « perdit 12 par suite de *rétrocession;* Raymond, sur 490, « en perdit 16 ; dans les tables de mortalité d'une partie de la « ville de Londres pour 1816, on trouve que sur 20,316 dé- « cès, 14 ont été causés par la maladie qui nous occupe...

« Le rhumatisme local est ordinairement plus opiniâtre que « celui qui est universel. »

Il est bien question ici de *rétrocession*, de *métastase* du PRINCIPE du rhumatisme sur les organes intérieurs, mais nullement de la *coïncidence* de telle ou telle affection intérieure avec telle ou telle forme de rhumatisme, etc. On ne dit rien en particulier sur l'espèce de la prétendue rétrocession qui fit périr 16 des 168 sujets rhumatisans dont parle Haygarth. Pas un mot non plus sur les suites ultérieures des affections intérieures faussement attribuées, d'une manière générale, à la rétrocession du rhumatisme.

On était si loin de soupçonner l'importance de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu fébrile et généralisé, que l'auteur de l'article dont nous venons de parler, comme ceux qui plus tard encore s'occupèrent du même objet, ne croyaient pas même devoir citer, à l'occasion du pronostic, les recherches de David Dundas, en Angleterre, et celles de M. Mathey, de Genève, qui avaient trait au rhumatisme du cœur (1).

III. Quoi qu'il en soit, d'après les faits et les doctrines précédemment exposés, il est bien évident que, pour établir le pronostic de la maladie que nous étudions, il ne faut pas avoir égard seulement à l'affection extérieure ou articulaire,

(1) Les recherches de M. Mathey, publiées en 1815, dans le *Journal général de médecine et de chirurgie*, rédigé par M. Sédillot, m'étaient complètement inconnues quand je découvris l'endocardite et la péricardite chez les sujets affectés d'un rhumatisme articulaire aigu, intense, et que je publiai mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme*. Ces recherches de M. Mathey me furent indiquées par M. Mérat, qui se les rappela à l'occasion de la lecture qu'il fit de mon opuscule, dont je lui avais offert un exemplaire.

Quant au Mémoire de David Dundas, il est entièrement inconnu chez nous et n'a point encore été traduit. Il est cité dans l'ouvrage de Scudamore, et c'est d'après cette citation que j'ai prié M. Foucart, mon jeune ami et mon élève, de vouloir bien le chercher dans les *Transactions médico-chirurgicales de Londres* où il a été publié en 1815, après avoir été lu dès 1808, à une *société médicale* de Londres. Les travaux des deux observateurs que nous venons de citer ne méritaient pas l'oubli dans lequel ils étaient tombés, et mettaient sur la voie de la découverte de la loi que j'ai formulée plus tard. Ces travaux figureront un jour avec honneur dans une histoire exacte des progrès de la saine clinique.

mais aussi et principalement même aux affections intérieures qui accompagnent celle-ci, ce double élément de la fièvre rhumatismale, comme nous l'avons dit, dès le commencement de cet ouvrage. Ainsi donc, l'étude complète du *pronostic* du rhumatisme articulaire comprend à-la-fois : 1° et ce qui est relatif à ce rhumatisme articulaire lui-même, et 2° ce qui concerne ses accompagnemens divers où les rhumatismes intérieurs coïncidant avec lui.

Quant au rhumatisme articulaire aigu lui-même, sous l'influence de la méthode thérapeutique employée par nous, appliquée dans les premiers jours du début, et chez des individus bien constitués, il se termine constamment par la guérison, dans l'espace d'un ou deux septénaires au plus (la convalescence commence, terme moyen, du troisième au sixième jour à compter du premier jour de traitement). Par cette méthode, on prévient, dans les conditions indiquées, le passage à l'état chronique et par suite les *lésions organiques* articulaires que nous avons mentionnées en temps et lieu.

Au reste, les divers degrés d'intensité, l'étendue plus ou moins considérable de la maladie, etc., sont autant de données qu'il faut considérer quand il s'agit d'établir un pronostic exact et précis.

Le pronostic des divers accompagnemens du rhumatisme articulaire aigu est plus ou moins grave, selon leur espèce, leur nombre et leur siège. Les faits nombreux que nous avons rapportés dans le premier chapitre de cet ouvrage, et ceux dont il vient d'être question un peu plus haut, démontrent que la mort, plus souvent que ne le pensent certains auteurs, peut être le résultat assez prompt des accompagnemens dont il s'agit, dans les conditions de traitement employé jusqu'ici. Et, pour ne parler en ce moment que de l'endocardite et de la péricardite (avec ou sans complication de pleurésie ou de pleuro-pneumonie), nous avons cité plusieurs observations qui prouvent qu'elles peuvent entraîner la mort dans leur période d'acuité. Deux de ces observations ont été recueillies dans le service de M. Chomel (observ. v et xl). Assez récemment (septembre 1839), il est mort, dans le service de

M. le docteur Nonat, à la Charité, un individu dont l'observation a été publiée sous ce titre : *rhumatisme articulaire ; accidens du côté du cœur* (LANCETTE FRANÇAISE *du* 3 octobre 1839). Le malade avait été traité par les saignées, formulées d'après les pratiques *ordinaires* (une saignée le premier jour et deux autres de seize onces les *jours suivans*).

Dans une thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 1er mars 1836, M. Etienne-William Vergne cite trois cas de rhumatisme articulaire aigu terminés par la mort, recueillis à l'Hôtel-Dieu, en 1835. Les malades avaient été traités par l'opium à haute dose. Malheureusement l'auteur ne dit rien de précis sur les accompagnemens du rhumatisme dans ces trois cas. Il pense, d'ailleurs, que *si la mort n'a pas été déterminée par l'action directe du médicament, il y a au moins beaucoup contribué, en favorisant la congestion sanguine dans laquelle tous les organes ont été trouvés* (1).

Mais on n'aurait qu'une bien faible idée de la gravité de la coïncidence de l'endocardite et de la péricardite, c'est-à-dire du *rhumatisme du cœur,* avec le rhumatisme articulaire, si l'on en jugeait seulement par les cas de mort dans la période indiquée. En effet, ce rhumatisme du cœur ne devient fréquemment mortel que par son passage à l'état chronique, et par l'effet des *lésions organiques* qu'il entraîne à sa suite.

C'est ici l'occasion de rappeler la proposition suivante de l'article où nous avons démontré la *loi* de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec un rhumatisme articulaire, savoir : que sur trois cents individus au moins chez lesquels j'ai reconnu l'existence d'affections *chroniques-organiques* du cœur, consécutives à une endocardite ou à une endo-péricardite, et que j'ai interrogés avec la plus grande exactitude,

(1) Les lecteurs éclairés apprécieront, comme bon leur semblera, les cas dont il s'agit. Ils manquent sans doute de précision ; mais ils tendent au moins à prouver que, pour établir le pronostic du rhumatisme articulaire, il importe de ne pas négliger, ainsi qu'on l'a fait trop généralement jusqu'ici, la considération des différentes méthodes de traitement. Je ne doute point que les trois malades en question n'eussent été sauvés par la méthode dont nous parlerons plus loin.

plus de la moitié faisaient remonter les symptômes qu'ils éprouvaient à d'anciennes attaques de rhumatisme articulaire, qui s'étaient prolongées pendant plusieurs semaines ou même pendant plusieurs mois.

Or, comme pour n'avoir été découverte que depuis quelques années, la loi de coïncidence de l'endocardite et de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu n'en a pas moins existé dans tous les temps, que l'on calcule maintenant, et qu'on nous dise non pas combien de centaines, non pas combien de milliers, mais combien de millions d'individus ont été, jusqu'ici, victimes de cette fatale coïncidence! Qu'on nous dise aussi maintenant si, considérée dans tous ses élémens constituans, la maladie qui porte le nom de rhumatisme articulaire ou de *fièvre rhumatismale,* telle qu'elle a été traitée jusqu'à présent, n'est, comme on le pensait généralement, qu'*une maladie peu dangereuse, au moins pour les jours de ceux qui en sont atteints;* et qu'on nous dise enfin si, sous le rapport du pronostic, de même que sous tant d'autres, la connaissance exacte des accompagnemens les plus ordinaires du rhumatisme articulaire n'a pas réellement changé la face de l'histoire de cette grande maladie! Que si, d'un autre côté, en même temps qu'on démontrait jusqu'à l'évidence le fait immense dont il a été déjà tant de fois question, on apprenait aux praticiens une nouvelle méthode de traitement qui, en prévenant le passage de l'endocardite et de la péricardite rhumatismales à l'état chronique, arrachait, en quelque sorte, à une mort, plus ou moins éloignée, il est vrai, mais inévitable et douloureuse, ces innombrables infortunés sur lesquels elles sévissent; je le demande, n'était-ce pas avoir rendu quelque service à la science et à l'humanité?

Nous pourrions nous étendre bien plus longuement sur le sujet de ce chapitre, mais nous pensons que les précédentes considérations, réunies à celles qui se trouvent dans d'autres chapitres de cet ouvrage, suffiront pour éclairer le lecteur sur les principales données qu'il convient de prendre pour base, quand il s'agit d'établir le pronostic d'un rhumatisme articulaire aigu. Si nous voulions épuiser la matière, il nous faudrait un volume, puisque le pronostic ne roule pas seu-

lement ici sur la seule affection des articulations, mais sur toutes celles qui peuvent coïncider avec elle. Pour plus de détails sur le pronostic de l'endocardite et de la péricardite rhumatismales en particulier, nous renvoyons à notre *Traité clinique des maladies du cœur.*

Les lésions organiques telles que *tumeurs blanches, ankyloses*, etc., que le rhumatisme articulaire chronique peut entraîner à sa suite, étant plutôt du ressort de la chirurgie proprement dite que du ressort de la médecine, nous ne nous occuperons pas longuement de leur pronostic. Nos propres recherches ne nous fourniraient pas, d'ailleurs, les élémens de la solution des questions qui se rattachent à ce sujet, attendu, qu'excepté dans un très petit nombre de cas où, pour des raisons indépendantes de notre volonté, on n'a pu appliquer notre méthode de traitement, constamment nous avons été assez heureux pour prévenir le développement des lésions organiques des articulations.

Pour donner une idée de la gravité de quelques-unes de ces lésions, qu'il nous suffise d'ajouter qu'elles exigent parfois le sacrifice de la partie malade, et que ce sacrifice lui-même, si grand quand il s'agit de tout un membre, ne préserve pas toujours, hélas! de la terminaison fatale!

CHAPITRE VIII.

NATURE ET SIÉGE DU RHUMATISME ARTICULAIRE; DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Déjà, dans divers endroits et notamment dans le préambule de cet ouvrage, l'auteur a clairement exprimé sa pensée tant sur le siége précis que sur la nature du rhumatisme articulaire. Mais il a dû réserver pour un autre moment et pour un autre lieu la discussion approfondie et la démonstration de son opinion. Alors, en effet, il manquait au lecteur les élémens de cette démonstration, les données sans lesquelles la solution du problème était impossible. Car n'est-il pas évident que, pour la détermination de la nature du rhumatisme articulaire, comme pour celle de toute autre maladie en général, il faut posséder la connaissance de ses caractères anatomiques, de ses symptômes, de sa marche, de ses causes, etc., tous objets auxquels ont été consacrés nos précédens chapitres. Sans cette connaissance préliminaire, on discuterait pour ainsi dire dans le vide, et au milieu des plus profondes ténèbres. Or, qu'on veuille bien me permettre cette comparaison : le véritable philosophe-observateur, comme un autre Ajax, ne se plaît qu'aux combats livrés à la clarté des cieux, et ne cherche point, à la faveur de l'obscurité de quelques sophismes, à se dérober aux coups qui pourraient lui être portés par ses adversaires.

Maintenant que nous avons mis sous les yeux des lecteurs toutes les pièces principales du procès, et que nous lui avons en quelque sorte présenté la lumière, il pourra, sans crainte de s'égarer et en toute connaissance de cause, nous suivre

dans la grave discussion que nous allons attaquer avec tous les développemens qu'elle mérite.

ARTICLE PREMIER.

Exposition et examen de l'opinion de quelques auteurs sur le siège et la nature du rhumatisme en général et du rhumatisme articulaire en particulier.

I. Sydenham et Stoll avaient bien reconnu le génie inflammatoire du rhumatisme articulaire, mais ils n'avaient pas entouré leur doctrine de toutes les preuves dont elle avait besoin, et ne s'étaient point d'ailleurs expliqué sur le siège précis de la maladie (1). De plus, le second de ces illustres praticiens s'efforce d'établir deux espèces de rhumatisme comme deux espèces de pleurésie, de pneumonie, etc., et applique, en un mot, à cette maladie sa fameuse théorie sur *l'origine bilieuse* de diverses affections, lesquelles, bien que d'apparence inflammatoire, diffèrent néanmoins, selon lui, des inflammations franches et légitimes, à tel point qu'elles réclament un traitement tout différent de celui qui convient à ces dernières.

Il semblerait, au premier abord, que Stoll s'en tient à la distinction du rhumatisme en inflammatoire et en *bilieux* ou *gastrique*, ce dernier étant *produit*, selon lui, *par une matière âcre et bilieuse, résorbée en grande partie de l'estomac, et portée à la superficie du corps, où elle se fixe sur les orifices des vaisseaux exhalans qu'elle* IRRITE (2). S'il en

(1) Après avoir décrit le rhumatisme articulaire proprement dit et l'espèce de rhumatisme qu'il appelle *lumbago rheumatica*, l'Hippocrate anglais ajoute : *Cùm utraque hæc morbi species ab inflammatione videatur oriri, quod tum jàm dicta arguunt phænomena, tum præsertìm sanguinis venæ sectione educti color, utpote qui pleuriticorum sanguini tàm est similis, quàm ovum ovo, neque quisquam reperiatur, qui hos inflammatione laborare vel quidem dubitaverit; his, inquàm, ità se habentibus, censeo ego, curationem non aliundè quàm à phlebotomià debere sumi.* (TH. SYDENHAM *Opera omn.; de rheumatismo.*)

(2) Voyez *Méd. pratiq.* de Stoll (Maximil.), traduite par P. A. O. Mahon; Paris, an IX.

était ainsi, nous ne pousserions pas plus loin l'examen de la doctrine du célèbre praticien de Vienne. Nous laisserions à chacun le soin de prononcer sur l'existence réelle ou purement imaginaire de l'espèce de rhumatisme, attribué à *une matière âcre et bilieuse, résorbée en grande partie de l'estomac, et portée à la superficie du corps, où elle se fixe sur les orifices des vaisseaux exhalans qu'elle irrite*, déclarant pour notre compte, ici comme au chapitre des causes, que l'influence du froid est l'unique cause du vrai rhumatisme articulaire, sans prétendre d'ailleurs que des phénomènes bilieux ne puissent accompagner cette maladie comme ils en accompagnent tant d'autres, telles que la pneumonie, la pleurésie, etc. Mais là ne se borne pas la distinction de Stoll. Considérant en lui-même le rhumatisme, il lui donne le nom *d'inflammation rhumatismale*, et il ajoute que cette espèce d'inflammation *ne lui a pas paru être la même que celle que l'on peut appeler la vraie inflammation*. Malheureusement, j'ai vainement cherché dans les écrits de ce grand maître la définition précise, expresse de ce qu'il appelle *une inflammation vraie*, et dans le cours de sa médecine pratique, il n'a donné réellement aucun exemple formel de cette *inflammation vraie*. Retranchez, en effet, du nombre des maladies inflammatoires qu'il a décrites, l'inflammation *rhumatismale*, l'inflammation *bilieuse*, l'inflammation *septique*, et que vous restera-t-il ? Rien, absolument rien. Je me trompe : dans sa belle dissertation sur la dysenterie qu'il rattache expressément aux maladies inflammatoires, Stoll parle bien de la *vraie* dysenterie; mais devinez-vous quelle est cette dysenterie *vraie?* C'est précisément celle qu'il désigne sous le nom de *rhumatisme intestinal*, de *catarrhe des intestins*, de *coryza ventral*. En sorte qu'il établit, d'une part, que l'inflammation rhumatismale diffère de l'inflammation *vraie*, et d'autre part, que le *rhumatisme des intestins*, c'est-à-dire l'*inflammation rhumatismale* des intestins, est la *vraie* dysenterie, c'est-à-dire l'inflammation *vraie* des intestins. Mais pour qu'il ne manque rien à l'obscurité de la distinction que nous examinons, plus loin, Stoll, par une nouvelle contradiction, distingue la dysenterie *inflammatoire* de la *rhuma-*

tismale, et ajoute que, par dysenterie, il entend le *rhumatisme des intestins compliqué avec une fièvre inflammatoire;* ailleurs, il déclare *qu'il ne peut concevoir une dysenterie sans rhumatisme des intestins;* ailleurs encore, il dit que la *véritable inflammation* des intestins est placée avec raison parmi les maladies les plus aiguës, puisqu'elle *tue dans l'espace de quelques heures,* tandis qu'il a vu une *inflammation rhumatismale* de l'estomac et une autre des intestins durer fort long-temps, n'être point accompagnées d'accidens absolument graves, et se terminer enfin par une résolution bénigne : FIAT LUX !

Il serait oiseux d'insister plus long-temps sur des doctrines à l'appui desquelles Stoll ne rapporte pas de faits recueillis avec les détails nécessaires, et qui, nous devons le dire, ne reposent sur aucune base solide et vraiment scientifique.

Au reste, si l'on étudie, d'un esprit observateur et dégagé de tout préjugé médical, le fameux parallèle catégoriquement établi par Stoll entre son *inflammation rhumatismale* et son *inflammation vraie*, on ne tardera pas à reconnaître qu'il ne supporte réellement aucune discussion sérieuse et approfondie.

Voici ce parallèle et les réflexions qu'il nous suggère :

« 1° *L'inflammation rhumatismale* est en général bien moins dangereuse, et à moins qu'elle n'attaque les organes essentiels, elle tue rarement : la *vraie inflammation*, est plus grave et plus souvent mortelle. »

La *vraie inflammation*, en admettant pour un moment la distinction de Stoll, comme *l'inflammation* dite *rhumatismale, tue rarement à moins qu'elle n'attaque des organes essentiels*, et réciproquement *l'inflammation rhumatismale*, comme la *vraie inflammation,* ferait périr un grand nombre de malades, dans les conditions ordinaires de traitement, si elle attaquait souvent les organes essentiels. Stoll aurait bien dû, par exemple, nous rapporter une cinquantaine de *ses pneumonies rhumatismales* parfaitement caractérisées d'une part, une cinquantaine de *ses pneumonies vraies* d'autre part, et nous indiquer ensuite la différence du chiffre de la mortalité dans l'une et l'autre série. A moins de rapporter dans la

série des cas de *pneumonie rhumatismale*, des cas de simples névralgies rhumatismales des organes respiratoires, et dans la série des cas de pneumonie dite *vraie*, des cas de pneumonie bien réelle, il me paraît certain que, toutes les autres circonstances restant les mêmes, le chiffre n'eût pas varié dans les deux séries de cas. Du reste, la discussion que nous établissons ici est entièrement gratuite, car, je le répète, nulle part, Stoll n'a montré en quoi *l'inflammation rhumatismale* d'un organe donné différait essentiellement de *l'inflammation vraie* du même organe.

« 2° *L'inflammation rhumatismale*, même lorsqu'elle est déjà fort ancienne, se termine ordinairement par une résolution bénigne, et elle n'observe point les lois de la coction, ni celle des crises. C'est ce que j'ai observé *constamment* dans la pleurésie rhumatismale, lorsque la *matière occupait non-seulement les muscles intercostaux et la plèvre*, *mais même les poumons*. »

Je ne veux point entreprendre ici une dissertation en forme sur les *lois de la coction et des crises*, mais à cette proposition de Stoll, j'opposerai la suivante du même auteur, savoir : que *la pleurésie rhumatismale* était souvent emportée par les sueurs (*t.* I, *p.* 91).

« 3° Quoique le cerveau, comme étant un organe dont l'intégrité est très nécessaire à la vie, soit affecté d'une manière infiniment grave, et même pour l'ordinaire promptement mortelle, par l'inflammation *rhumatismale*, celle-ci cependant attaque avec bien moins de risques d'autres parties très importantes, sur lesquelles la *vraie* inflammation ne se fixerait qu'en mettant la vie dans le plus grand danger (1). »

(1) C'est ici que Stoll émet cette assertion que nous avons déjà rapportée plus haut, et qui est assurément bien loin d'être conforme à la clinique exacte : « La *véritable* inflammation des intestins, dit-il, est placée avec raison « parmi les maladies les plus aiguës, puisqu'elle tue dans l'espace de quelques « heures; tandis que j'ai vu une inflammation rhumatismale de l'estomac, et « une autre des intestins, durer fort long-temps, n'être point accompagnées « d'accidens absolument graves et se terminer enfin par une résolution bé- « nigne. Cependant le sang sorti de la veine était couvert d'une couenne si

La seconde partie de cette proposition n'est qu'une variante de celle par laquelle Stoll a commencé son parallèle, et quant à la première partie de la proposition actuelle, elle confirme ce que nous disions plus haut, savoir que *l'inflammation rhumatismale*, comme celle que Stoll appelle vraie, entraînerait souvent la mort si elle attaquait fortement des organes essentiels à la vie.

« 4° La *vraie inflammation* se termine ordinairement en peu de jours, quel qu'en soit le résultat. *Rien de plus rare que ces inflammations vraies et en même temps chroniques* dont j'aurai dans la suite occasion de parler. Mais le *rhumatisme* se prolonge souvent pendant plusieurs semaines; et rarement se termine-t-il en peu de temps, lorsqu'il est abandonné à la nature. »

Qui croirait que la première partie de cette proposition appartient à un observateur tel que Stoll? Quoi! *rien n'est plus rare que les inflammations vraies et en même temps chroniques!* Certes, c'est bien des inflammations les plus vraies qu'on peut dire comme du rhumatisme, *qu'elles se terminent rarement en peu de temps, lorsqu'elles sont abandonnées à la nature,* hormis toutefois les cas, heureusement les moins nombreux, où, comme on dit, elles *jugulent* les malades.

« 5° Quoique *l'inflammation rhumatismale* attaque quelquefois une partie bien distincte, cependant pour l'ordinaire, elle se répand à l'entour. »

En quoi donc, sous ce rapport, *l'inflammation* dite *rhumatismale* diffère-t-elle de *l'inflammation* dite *vraie?*

Tels sont les seuls caractères différentiels tracés par Stoll entre *l'inflammation rhumatismale* et *l'inflammation vraie* étudiées en général. Ils ne sont, ainsi qu'on vient de le voir, rien moins que satisfaisans. Il en est absolument de même de ceux que Stoll établit un peu plus bas entre la *pleurésie rhu-*

« épaisse qu'on apercevait à peine un peu de la partie rouge. » Qu'est-ce que cette vraie inflammation des intestins qui tue dans l'espace de quelques heures? qu'est-ce que l'inflammation rhumatismale de l'estomac et des intestins dans laquelle le sang est éminemment *inflammatoire,* bien qu'elle-même ne soit pas une *inflammation vraie?*

matismale et la *pleurésie vraie*. Après ce parallèle, il ajoute, comme pour mettre le comble à l'embarras des lecteurs, qu'il *a vu quelquefois la pleurésie rhumatismale compliquée avec l'inflammatoire, et se confondre avec elle*. Qu'est-ce que cette pleurésie composée à-la-fois d'une *inflammation rhumatismale* et *d'une inflammation vraie* (1)?

Certes, ce n'est pas dans le parallèle de Stoll que l'on trouverait, s'ils existaient réellement, les caractères distinctifs de la pleurésie *vraie* et de la pleurésie *rhumatismale*, et après comme avant ce parallèle, le célèbre praticien aurait pu dire, à tort ou à raison : « Auprès du lit des malades et à « leur grand malheur, on les confond souvent l'un avec l'au« tre, parce que dans la première (la *rhumatismale*) une « fièvre violente, une douleur de côté atroce, et d'*autres* « *symptômes* simulent tellement la pleurésie *vraie et inflam-* « *matoire*, que la méprise en devient très facile et comme « journalière. »

Ainsi la distinction entre le *rhumatisme inflammatoire* et celui qui ne l'est pas, désigné sous le nom de *bilieux*, *gastrique* ou *saburral;* la distinction entre *l'inflammation rhumatismale* et *l'inflammation vraie;* cette double ou plutôt cette triple distinction est une conception qui tombe à-la-fois et devant le raisonnement et surtout devant les faits bien observés. Ceux que renferme cet ouvrage ne permettent pas, en

(1) Il est curieux de mentionner ici le caractère différentiel suivant, tiré de l'anatomie pathologique : « J'ouvris dernièrement, dit Stoll, un homme qui « avait été attaqué de la pleurésie rhumatismale. Si on peut conclure quelque « chose de *cette seule* ouverture sur l'état des poumons dans l'inflammation « rhumatismale, on dira que *cet organe oppose alors une certaine dureté au* « *scalpel, mais moindre que dans la vraie inflammation.* »

Qu'est-ce qu'un pareil caractère anatomico-pathologique différentiel tiré d'une seule ouverture? et quelle distinction *subtile* pour une époque où l'anatomie pathologique était encore bien peu avancée!

On voit de plus ici que Stoll confond, sous le nom de pleurésie, et la pleurésie proprement dite et la pneumonie, confusion très grave quand il s'agit d'une question de pronostic, car la pneumonie est bien plus dangereuse que la pleurésie.

effet, de douter que la pleurésie, la péricardite et l'endocardite rhumatismales ne soient des inflammations *vraies*, des types ou des modèles des inflammations les plus franches.

Mais les doctrines de Stoll ne roulent pas sur le rhumatisme articulaire en particulier, c'est-à-dire sur l'objet spécial de cet ouvrage. En les appliquant maintenant à cette espèce, nous aurions donc : 1° un rhumatisme articulaire *bilieux*, *gastrique* ou *saburral;* 2° un *rhumatisme articulaire inflammatoire*, lequel devrait être distingué de l'inflammation *vraie* des articulations, comme la pleurésie *rhumatismale* de la pleurésie *vraie*.

Depuis plus de vingt ans et depuis huit ans surtout que j'ai étudié, au lit des malades, le rhumatisme articulaire sous toutes ses formes, je déclare que je n'ai pas rencontré un seul cas de rhumatisme *bilieux*, en prenant cette expression dans le sens théorique qu'elle a reçu de Stoll. Je déclare, en second lieu, que tous les cas de rhumatisme articulaire inflammatoire observés par moi, au nombre de plus de trois ou quatre cents au moins, devaient être si peu distingués de ceux relatifs à l'inflammation *vraie* des articulations, que les uns et les autres se confondaient évidemment ensemble, à tel point que si ce rhumatisme articulaire inflammatoire ne constituait pas la *vraie* inflammation des articulations dite de cause interne ou *spontanée* par quelques auteurs, celle-ci serait un être de raison et rien autre chose (1).

Passons maintenant à l'exposition et à l'examen des doctrines de quelques auteurs venus après les Sydenham et les Stoll.

II. Pinel, à la fin du siècle dernier, et Bichat, au commencement du siècle présent, considérèrent le rhumatisme articulaire comme une inflammation des *tissus fibreux* des articulations. Aussi, dans la plupart des écrits qui parurent pendant que ces deux hommes célèbres régnèrent dans nos

(1) Je suis d'autant plus fondé à faire abstraction ici des inflammations articulaires par cause traumatique ou chirurgicale, que ce n'est point à cette espèce d'inflammations que s'applique, dans la doctrine de Stoll, l'épithète de *vraies*.

écoles, l'expression de *rhumatisme fibreux* fût-elle, en général, substituée à celle de *rhumatisme articulaire*, en opposition à celle de *rhumatisme musculaire* ou inflammation des tissus musculaires (1).

Il ne sera peut-être pas sans quelque intérêt de consigner ici les doctrines de Bichat, telles qu'elles ont été rapportées dans le *dernier cours d'anatomie pathologique* de cet immortel physiologiste, publié en 1825, par Boisseau, et de les comparer avec celles émises plus tard (1813) dans la dissertation inaugurale de M. Chomel. Voici textuellement ce qu'on lit sur la nature et le siège du rhumatisme dans le *cours* indiqué :

« Le rhumatisme, quant à sa nature intime et aux change-« mens qui s'opèrent dans les muscles qu'il attaque, est en-« core bien peu connu... *On ne sait quel en est le siège spé-« cial;* on a peine à croire que les muscles et les tendons, vu « leur structure si différente, se partagent le siège du rhuma-« tisme. Il semble se porter alternativement sur l'un et sur « l'autre : *la question est de savoir si la maladie est vrai-« ment dans la fibre musculaire ou dans la fibre tendi-« neuse :* c'est un objet important de recherches. Le rhuma-« tisme se remarque évidemment dans les parties où il y a « beaucoup de fibres charnues, comme dans le grand pecto-

(1) Peu de temps après la mort de Bichat, M. Gasc, dans un Mémoire, inséré parmi ceux de la Société médicale d'émulation pour l'année 1803, insista, d'une manière spéciale, sur la distinction dont il s'agit. Ce Mémoire a pour titre : *Existe-il deux variétés de rhumatisme extérieur, dont l'un affecte le système musculaire de la vie animale, et l'autre le système fibreux des articulations?* L'auteur répond à cette question par l'affirmative et définit le rhumatisme articulaire « *un état* inflammatoire des membranes fibreuses et de l'ex-« pansion tendineuse, dont l'organisation et l'appareil servent à la jonction des « os entre eux, accompagné de douleurs extrêmement vives, de chaleur plus ou « moins intense, sans changement de couleur à la peau, ou seulement avec un « faible degré de rougeur, et le plus souvent avec engorgement des parties, qui « se propage sur les organes voisins, phénomènes qui donnent lieu à un mou-« vement fébrile secondaire, avec inertie dans les mouvemens des articula-« tions. »

« ral et aux lombes, etc. Dans ces diverses parties, il existe « quelques fibres tendineuses. *L'ouverture cadavérique « n'apprend rien à ce sujet;* ainsi, il faut suspendre son ju- « gement.

« Il est incontestable que le rhumatisme siége quelquefois « dans le tissu fibreux, comme quand il se porte sur les arti- « culations, où certainement il n'y a point de muscles... L'ou- « verture cadavérique ne montre alors aucun changement dans « la partie fibreuse. On trouve ordinairement les gaînes et les « capsules plus infiltrées de synovie. *Il paraît que cette ex- « halation plus abondante des membranes synoviales est « purement symptomatique, et que l'affection principale est « dans les tendons* (1). *Il est donc certain que, dans plu- « sieurs cas, le siège du rhumatisme est exclusivement « dans le système fibreux....* »

Ces passages se trouvent dans le chapitre relatif aux maladies des muscles (chap. XII). Dans le chapitre consacré aux maladies du système fibreux, on lit : « Il paraît que le rhuma- « tisme n'est, la plupart du temps, que l'inflammation de ce « système. »

Dans le chapitre XVIII qui est relatif aux maladies du système synovial, Bichat, à l'occasion de l'inflammation des synoviales articulaires, ne dit pas un seul mot du rhumatisme articulaire. Mais, en traitant de l'hydropisie des articulations, il dit positivement qu'elle peut survenir *par l'affection des parties voisines, comme dans le rhumatisme,* ce qui prouve que Bichat, ici comme précédemment, place le siège du rhumatisme non dans les synoviales articulaires, mais bien dans les parties voisines, telles que les ligamens, etc.

III. L'auteur d'une thèse *sur les phlegmasies des membranes synoviales,* soutenue, en 1810, à la Faculté de médecine de Paris, M. Moffait, dont nous avons rapporté précé-

(1) Scudamore paraît avoir partagé l'opinion exprimée par Bichat, puisqu'il déclare, en propres termes, que, quant au siége du rhumatisme, son opinion est celle-ci : « Les tissus fibreux du corps peuvent être regardés comme « le siége du rhumatisme, et le plus communément les *tendons* deviennent les « parties affectées. »

demment les observations (obs. XXVIII, XXIX, XXX, XXXI et XXXII), avait bien vu que ces phlegmasies des membranes synoviales pouvaient se rencontrer chez les rhumatisans. Cependant, il a posé en principe que la maladie dont il s'agit devait être distinguée du *rhumatisme* et de la *goutte*. Si l'auteur a essayé d'établir cette distinction, c'est que, à l'époque où il écrivait, l'opinion que le rhumatisme était une affection des tissus musculaire et fibreux régnait alors dans les écoles, comme une de ces vérités fortes de l'assentiment général et que personne ne songe à contester. Les passages suivans de la thèse de M. Moffait méritent, d'ailleurs, d'être rappelés ici : « En examinant les symptômes offerts par le « rhumatisme, on crut reconnaître que les uns apparte- « naient à l'*inflammation du tissu musculaire, les autres* « *à celle du tissu fibreux*. Mais dans les phénomènes qui « se manifestent lors de la tuméfaction inflammatoire d'une « articulation, n'en serait-il pas quelques-uns qui tien- « draient à l'affection primitive ou secondaire de la mem- « brane synoviale ?

« L'ouverture de plusieurs articulations malades a prouvé « l'existence de cette inflammation, souvent, il est vrai, « compliquée de celle des tissus voisins. Mais cette complica- « tion se montre-t-elle constamment dans l'origine de la ma- « ladie, et doit-elle empêcher qu'on ne cherche à distinguer « l'inflammation des membranes synoviales ?....

« Dans le rhumatisme, poursuit M. Moffait, la douleur se « manifeste subitement, sans prélude et augmente avec la tu- « méfaction qui n'existe pas toujours, mais qui a lieu ordinai- « rement au troisième et quatrième paroxysmes. La douleur « est augmentée par le moindre contact. — Dans la phlegma- « sie des membranes synoviales, au contraire, cette pression « n'augmente pas la douleur, *à moins* qu'il n'y ait gonflement « inflammatoire extérieur ; mais alors, si la douleur est pro- « duite par l'inflammation de la membrane synoviale, 1° on « entendra une sorte de crépitation en faisant mouvoir l'arti- « lation, si, la maladie étant encore dans les premiers jours, « la sécrétion de la synovie est, en quelque sorte suspendue ; « 2° si elle est plus avancée, et qu'il se soit fait un épanche-

« ment dans l'articulation, alors, on percevra une véritable « fluctuation. »

La distinction établie ici par M. Moffait est entièrement arbitraire, tout-à-fait gratuite. Nous avons vu, en effet, au chapitre des symptômes du rhumatisme articulaire, que parmi eux se trouvaient précisément ceux que M. Moffait assigne à la phlegmasie des synoviales articulaires, symptômes qu'il ne refusait lui-même au rhumatisme que par l'unique raison qu'alors il était sous l'empire de ce préjugé, savoir, que cette maladie siégeait essentiellement dans les tissus fibreux et musculaires. Au reste, ce qui prouve mieux que tous les raisonnemens, combien était dénuée de fondement clinique, la subtile distinction de M. Moffait, c'est que cet auteur lui-même a considéré comme rhumatismales les affections articulaires à la suite desquelles il a rencontré les synoviales enflammées, et que Pinel a rapporté aussi l'une d'elles comme un exemple de rhumatisme articulaire ou fibreux (*voyez* les obs. XXVIII, XXIX, XXX, XXXI et XXXII, et les réflexions qu'à leur occasion nous avons consignées dans la note de la p. 78).

IV. En 1812, M. Cruveilhier, dans sa dissertation inaugurale sur le rhumatisme aigu, présentée à la Faculté de médecine de Paris, regarde comme démontrée la terminaison par suppuration du rhumatisme articulaire, rapporte une observation de ce mode de terminaison (obs. XIX de cet ouvrage), parle des épanchemens dans les synoviales à la suite de cette maladie, et cependant, à l'instar de ses prédécesseurs, il établit que *le siège le plus fréquent du rhumatisme est dans les capsules fibreuses des grandes articulations, les muscles et leurs tendons, où il produit une sorte d'inflammation particulière dont le caractère n'est pas encore déterminé ni suffisamment distingué d'avec ceux des autres inflammations!* O puissance irrésistible des idées généralement reçues, des préjugés en honneur!

V. Dans son *Essai sur le rhumatisme*, thèse soutenue en 1813, M. Chomel expose les opinions suivantes sur le *siège* et la *nature* de cette maladie : « On possède en médecine deux moyens de reconnaître dans quelle partie du corps une maladie interne a son siège ; le premier est seulement une con-

séquence des lois de la physiologie. Le désordre d'une fonction nous porte nécessairement à admettre une lésion quelconque dans l'organe auquel cette fonction est confiée. Le second repose sur les bases beaucoup plus solides de l'anatomie pathologique; il est le résultat d'une coexistence constamment observée entre une série déterminée de phénomènes morbides et une altération toujours semblable des mêmes parties. Le premier de ces moyens est applicable à toutes les maladies, et pendant long-temps sans doute il fut seul en usage. Le second qui a répandu de si grandes lumières sur les affections organiques et la plupart des phlegmasies, *n'a encore rien appris de certain sur les névroses, les fièvres et sur le rhumatisme.*

« Quelques faits épars dans les recueils d'observations porteraient à admettre (c'est toujours M. Chomel qui parle), dans les muscles, les aponévroses, les tendons et les membranes synoviales, certains désordres de structure attribués au rhumatisme. Mais, 1° comme je le prouverai, la plupart de ces faits sont mal observés ou invraisemblables; 2° ils sont en très petit nombre, comparés à la fréquence extrême du rhumatisme; et si ces lésions ne sont pas constantes, elles ne peuvent en déterminer ni la nature ni le siège; elles peuvent même être indépendantes de cette affection....

« C'est donc uniquement par le trouble des fonctions que nous pouvons parvenir, sinon à connaître d'une manière certaine, du moins à indiquer, avec le plus de probabilité possible, les parties qui sont le siège du rhumatisme. De toutes les fonctions de l'économie, la locomotion est la seule qui soit constamment lésée dans cette affection. Elle a pour organes les muscles, les os et leurs annexes. Le tissu osseux lui-même, entièrement passif dans le mouvement, presque incapable d'être comprimé ou fléchi, et recouvert en général par une grande quantité de parties molles, pourrait bien être le siège d'une douleur continue ou intermittente; mais le simple mouvement, une pression légère sur les tégumens, et plus encore la simple contraction des muscles sans aucun mouvement imprimé au membre, seraient insuffisans pour provoquer ou exaspérer cette douleur: la marche souvent aiguë du rhuma-

tisme paraît d'ailleurs incompatible avec les propriétés connues des os. TOUT, AU CONTRAIRE, PORTE A CROIRE QUE LE RHUMATISME A SON SIÈGE DANS LES MUSCLES : leur contraction augmente constamment, et leur repos diminue toujours la douleur ; les degrés d'intensité suivent exactement les degrés de force et de vitesse avec lesquels le muscle se contracte ; elle est plus forte quand le muscle doit mouvoir le membre contre les lois de la pesanteur que dans les cas où la contraction et la pesanteur agissent dans le même sens ; un poids extérieur ajouté au poids naturel du membre l'augmente encore plus ou moins, et elle devient nulle ou presque nulle quand les mouvemens sont exécutés indépendamment de toute contraction des muscles placés dans le trajet de la douleur : enfin le repos lui-même soulage d'autant plus qu'il est plus complet, et que le membre, entièrement abandonné à lui-même, n'a besoin d'aucune contraction, quelque faible qu'elle soit, pour conserver sa position. J'ajouterai encore qu'à la suite de cette affection les muscles offrent beaucoup plus de faiblesse, de raideur, et souvent d'atrophie que ne l'aurait pu produire le repos imparfait des membres pendant un temps plus ou moins long. *Il est donc, sinon prouvé, du moins extrêmement probable, que c'est dans les muscles que le rhumatisme a son siège.*

« En considérant ce qui se passe dans un rhumatisme aigu qui se montre *au niveau d'une articulation*, en voyant une *inflammation manifeste du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau*, qui paraît se propager de l'intérieur vers l'extérieur, peut-être serait-on porté à croire que c'est dans le tissu cellulaire interposé entre les faisceaux musculeux que réside cette affection. A cette objection, je répondrai d'abord que ces prolongemens celluleux qui pénètrent dans le corps d'un muscle, en font aussi bien partie constituante que celles qui unissent ensemble les grains glanduleux des parotides ou des maxillaires, ou les vésicules qui forment le tissu du poumon, et qu'il n'est pas possible d'admettre une affection partielle du tissu cellulaire inter-musculaire, à moins d'étendre cette proposition à celui des glandes et des viscères, et de doubler inutilement le nombre des phlegmasies. Mais, pour substituer

des faits aux raisonnemens, comparons l'inflammation du tissu cellulaire et les *phénomènes inflammatoires que détermine le rhumatisme sur le contour des articulations,* et nous serons convaincus bien plus fortement encore de la différence qui les distingue. Le phlegmon est fixe, circonscrit, occupe indifféremment toutes les parties du corps, se termine le plus souvent par suppuration, n'offre aucune tendance à la récidive : *l'inflammation rhumatismale,* au contraire, est mobile, diffuse, ne se montre guère qu'au niveau des articulations superficielles, et offre presque toujours des retours périodiques.

« J'aborderai maintenant plusieurs questions beaucoup plus importantes. Le rhumatisme est-il borné à la portion charnue ou fibreuse des muscles? peut-il les attaquer l'une et l'autre? se montre-t-il dans d'autres portions du système fibreux? doit-on considérer comme telle l'inflammation des membranes synoviales?...

« *Je ne connais aucune observation qui prouve que le rhumatisme puisse avoir son siège dans les fibres charnues..... Il est beaucoup plus facile de démontrer que le tissu fibreux peut en être le siège....* En réfléchissant sur la rareté des cas où l'on peut s'assurer que le rhumatisme a son siège dans le tissu fibreux, et la presque impossibilité de le reconnaître dans les fibres charnues, il me semble qu'on ne devait pas admettre dans les affections rhumatismales une division fondée uniquement sur un caractère aussi difficile à saisir, et dont presque jamais on ne peut faire usage au lit des malades. *L'expression de rhumatisme articulaire était donc préférable à celle de rhumatisme fibreux qu'on lui a substituée. En indiquant qu'il avait son siège au niveau d'une articulation, elle ne présentait aucune idée fausse ou douteuse : ce sera uniquement dans ce sens que je l'emploierai dans le cours de cette dissertation.*

« Le rhumatisme enfin peut-il avoir son siège dans les synoviales? Chez un malade qui succomba à l'hôpital de la Charité, les deux articulations scapulo-humérales avaient été affectées successivement de douleurs vives et de gonflement; chez deux autres observés à l'Hôtel-Dieu, toutes les articula-

tions mobiles devinrent douloureuses et tuméfiées, avec impossibilité d'exécuter les mouvemens; on trouva après la mort chez tous ces malades, les synoviales enflammées, et des épanchemens purulens dans les cavités articulaires. Quelles conséquences déduire de ces faits? Que les synoviales sont susceptibles de s'enflammer, et que les symptômes qui accompagnent cette inflammation ressemblent beaucoup à ceux du rhumatisme. Mais quelle connexion y a-t-il entre l'une et l'autre maladie? *Nulle autre que la seule contiguïté des parties affectées;* l'inflammation simultanée ou successive de plusieurs ou de toutes les membranes synoviales, semble à la vérité rapprocher cette affection du rhumatisme, et l'*éloigner des phlegmasies des membranes séreuses.* Mais quand on se livre aux recherches d'anatomie pathologique, ne rencontre-t-on pas plusieurs membranes enflammées à-la-fois, et notamment les deux plèvres et le péricarde? J'en ai vu même des traces manifestes dans les trois grandes cavités splanchniques. *Enfin, lors même que dans certains cas le rhumatisme se serait montré d'une manière indubitable, avant ou pendant l'affection des synoviales, je persisterais à voir, entre ces deux maladies, la même différence que personne ne refusera d'admettre entre une pleurodynie et une pleurésie, entre un rhumatisme quelconque et l'inflammation d'un viscère qui peuvent se présenter isolément, se succéder ou co-exister dans le même malade, sans qu'il soit permis de les confondre.* Les symptômes, à la vérité, se ressemblent beaucoup; mais quand l'inflammation des membranes synoviales aura été plus fréquemment observée, peut-être y trouvera-t-on des différences qu'il est assez facile sans doute, mais peu prudent de vouloir indiquer d'avance. En supposant même qu'aucun symptôme constant ne pût assurer le diagnostic de ces affections, cet inconvénient ne se rencontre-t-il pas dans beaucoup d'autres maladies : la pleurésie et la péripneumonie, par exemple, qui n'en sont pas moins pour cela deux maladies bien distinctes, par l'espèce de lésion qui les constitue, et le siège qu'elles occupent?

« C'est aussi cette double considération qui établit une différence tranchée entre le rhumatisme et l'inflammation des mem-

branes synoviales ; d'une part, *affection des parties musculeuses et fibreuses sans aucune lésion apparente;* de l'autre, *inflammation des membranes synoviales avec rougeur de ces parties et altération quelconque du liquide exhalé.*

« En bornant exclusivement au système musculaire et fibreux le *siège primitif* du rhumatisme, on ne saurait disconvenir que l'affection de ces parties ne trouble d'une manière quelconque les fonctions des organes voisins, et n'y détermine des phénomènes morbides, dont l'intensité paraît proportionnée à celle de l'affection primitive. Il serait bien important de pouvoir déterminer si celle-ci est de même nature que l'affection secondaire, et si la différence apparente qu'elles offrent l'une et l'autre tient seulement à la diversité de structure; la nature du rhumatisme, la place qu'il doit occuper dans un cadre nosologique ne seraient plus des problèmes. En effet, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau présentent des symptômes inflammatoires non équivoques, qui paraissent seulement recevoir de la cause qui les produit une modification particulière qui influe sur leur marche et leur terminaison. L'analogie et quelques ouvertures de cadavres me portent à croire que l'affection peut aussi se propager vers l'intérieur, et produire lentement dans les membranes synoviales et les lames superficielles de l'os des *lésions particulières*...

« La plus grande obscurité règne encore sur la *nature* du rhumatisme; la marche actuelle de la science ne permet plus de rechercher si un fluide gazeux, un liquide âcre ou quelque autre agent aussi chimérique produit cette maladie; et comme nous ne pouvons apprécier l'espèce de lésion qui la constitue, nous sommes forcés, pour approcher du but que nous ne pouvons encore atteindre, de comparer les symptômes du rhumatisme avec ceux de quelques autres affections, afin de déduire de l'analogie des phénomènes celle de la nature même des affections. Joindra-t-on le rhumatisme aux maladies nerveuses, qui ne sont pas moins obscures que lui dans leur essence? Il offre avec elles beaucoup d'analogie par sa tendance à des retours réguliers et irréguliers, *par l'absence de toute lésion organique dans les parties qu'il affecte;* mais la mobilité extrême de la maladie, les symp-

tômes d'inflammation qui souvent l'accompagnent, la marche fréquemment aiguë, les crises qu'on observe dans quelques cas, sont autant de différences qui s'opposent à la réunion du rhumatisme avec les névroses. Doit-on le classer parmi les phlegmasies? Il se montre fréquemment avec des phénomènes évidemment inflammatoires; *mais ce n'est pas dans les parties affectées de rhumatisme que les phénomènes ont leur siège.* De plus, les inflammations n'offrent en général ni la mobilité ni la tendance à la récidive que présente cette maladie. Stahl, considérant l'analogie extrême qui existe entre les douleurs rhumatismales et celles qui précèdent les hémorrhagies, avait cru devoir considérer le rhumatisme comme un effort hémorrhagique universel qui n'est encore dirigé spécialement vers aucune partie. Sans attaquer ici cette théorie, je saisirai seulement l'occasion de faire remarquer que, dans l'état actuel de nos connaissances, le rhumatisme ne pouvait être mieux placé qu'à la fin de la classe des phlegmasies, avec lesquelles il a plus d'analogie qu'avec aucune autre affection, et immédiatement avant celle des hémorrhagies, avec laquelle il a aussi des connexions intimes, et notamment par ses fréquens retours et sa mobilité. »

Telle était encore la doctrine enseignée dans les écoles à l'époque où je commençai les recherches dont les résultats sont consignés dans cet ouvrage. Je renvoie au préambule de ce traité pour ce qui concerne le *siège et la nature* du rhumatisme considéré d'une manière générale, et je dois me borner ici à l'examen des opinions de M. Chomel appliquées au siège et à la nature du rhumatisme articulaire en particulier. Je prierai aussi le lecteur de me dispenser de relever certaines propositions de pathologie générale jetées çà et là dans l'argumentation de M. Chomel, attendu que les heureux progrès de la médecine en ont fait suffisamment justice.

On conviendra que les deux moyens invoqués par M. Chomel pour reconnaître le siège du rhumatisme articulaire, savoir la physiologie et l'anatomie pathologique, n'avaient pas fourni à cet auteur des données bien lumineuses, puisqu'il est réduit à dire, en terminant l'examen de cette question, qu'il n'emploiera l'expression de rhumatisme *fi-*

breux, substituée à celle de rhumatisme *articulaire,* que pour indiquer que cette espèce de rhumatisme a son siège *au niveau d'une articulation.* J'admettrai, bien volontiers, avec M. Chomel que, prise dans ce sens, la dénomination de rhumatisme *fibreux*, à laquelle il préfère néanmoins celle du rhumatisme articulaire, ne *présente aucune idée fausse.* Je lui accorderais même, plus volontiers encore, que cette dernière dénomination n'a véritablement aucune signification. Car, que signifie le nom d'une maladie, s'il indique *uniquement* que cette maladie siège au niveau de telle ou telle partie, d'une articulation, par exemple? Mais je ne puis admettre, avec M. Chomel, qu'une aussi vague dénomination ne *présente aucune idée douteuse,* et c'est, j'aime à le croire, par simple inadvertance que cet auteur s'est exprimé ainsi. Quoi de plus *douteux*, en effet, que l'idée représentée par une dénomination telle que celle dont il s'agit, si tant est qu'elle représente, scientifiquement parlant, quelque chose!

Quant à la discussion de M. Chomel sur la question de savoir si le rhumatisme peut avoir son siège dans les membranes synoviales, je l'avais déjà mise sous les yeux du lecteur, en rapportant plus haut les trois faits qui lui servent de principale base (obs. XXIII, XXIV et XXV), ajoutant que nous aurions occasion de revenir plus tard sur la doctrine qui s'y trouve développée. Le moment de cet examen est arrivé. Or, un épanchement purulent dans les synoviales, diverses lésions de ces membranes, constatés par l'autopsie cadavérique dans plus de trente cas de rhumatisme articulaire rapportés dans le premier chapitre de cet ouvrage, les symptômes fournis par l'exacte exploration des articulations malades et spécialement le phénomène de la fluctuation, etc., en faut-il davantage, en conscience, pour démontrer jusqu'à quel point M. Chomel s'est écarté de la vérité clinique, en professant que, sous le double rapport de l'espèce de lésion qui les constitue et du siège qu'ils occupent, il existe une différence tranchée entre le rhumatisme articulaire et l'inflammation des membranes synoviales, le premier consistant en *une affection des parties musculaires et fibreuses sans aucune lésion apparente,* la seconde en *une inflammation des*

membranes synoviales avec rougeur de ces parties et altération quelconque du liquide exhalé? Sans doute, cette opinion était concevable à la première époque où M. Chomel écrivait sur le rhumatisme. Mais autant vaudrait nier la lumière et le mouvement que de soutenir, encore aujourd'hui, en présence des faits qui abondent dans cet ouvrage, une semblable doctrine sur le siège du rhumatisme articulaire bien caractérisé.

Voilà pour le siège. Passons maintenant à l'opinion de M. Chomel sur la *nature* du rhumatisme articulaire. C'est, il en faut convenir, une idée vraiment singulière que d'avoir suspendu, pour ainsi dire, cette maladie entre les hémorrhagies et les phlegmasies. Mais quel peut donc être ce bizarre composé d'hémorrhagie et de phlegmasie, ce monstre hermaphrodite de la pathologie, ce véritable *protée,* pour nous servir de l'expression que nous trouvons dans les *Leçons sur le rhumatisme* (pag. 6)? M. Chomel n'est pas plus explicite sur ce point que sur celui relatif au siège. Ce n'est pas un heureux rapprochement, il faut l'avouer, que celui des *douleurs rhumatismales et des douleurs qui précèdent les hémorrhagies :* il me semble que, malgré l'autorité de Stahl, M. Chomel aurait dû montrer combien un tel rapprochement répugne à l'esprit de saine observation.

Quoi qu'il en soit, nous voyons que M. Chomel déclare que *la plus grande obscurité règne encore sur la nature du rhumatisme,* qu'il enlève à cette maladie la place qu'elle occupait dans la classe des phlegmasies, mais qu'en définitive, ne sachant dans quelle autre partie du cadre nosologique lui trouver un siège, il la laisse, ainsi que nous l'avons dit, suspendue entre les hémorrhagies et les phlegmasies (1).

Quelque effort que nous ayons fait, avec plusieurs autres observateurs, pour décider M. Chomel à retirer, si j'ose ainsi parler, le rhumatisme articulaire de la position fausse et vrai-

(1) Le lecteur n'a sans doute pas manqué de s'apercevoir que dans la discussion à laquelle s'est livré M. Chomel, il se sert de l'expression *inflammation rhumatismale* pour désigner le rhumatisme, bien qu'il finisse par refuser à cette maladie la *nature inflammatoire.*

ment bien incommode dans laquelle il l'avait placé, nous n'avons pu jusqu'ici en venir à bout. En effet, dans ses leçons sur le rhumatisme, publiées récemment (1837), cet auteur déclare expressément *qu'il faut regarder les rhumatismes comme des maladies* SUI GENERIS, *et en faire une classe à part en nosologie* (pag. 440), *laquelle classe aurait son siège dans les organes fibreux, tels que muscles, tendons, aponévroses, ligamens, etc.* (pag. 4).

ARTICLE SECOND.

Exposition raisonnée de l'opinion de l'auteur de cet ouvrage sur le siège et la nature du rhumatisme articulaire.

Mais en voilà bien assez et trop, peut-être, sur l'exposition et la discussion des opinions dont le siège et la nature du rhumatisme articulaire ont été jusqu'ici le sujet. Il ne me reste plus qu'à résumer mes propres idées sur ces deux points fondamentaux. Or, d'après les altérations que le rhumatisme articulaire a laissées à sa suite chez plus de trente malades dont les observations ont été rapportées dans le premier chapitre de cet ouvrage, d'après l'exacte description des symptômes, etc., etc., n'est-il pas aujourd'hui de la dernière évidence que cette maladie, bien caractérisée, a pour siège principal le tissu séro-fibreux des articulations, les membranes synoviales surtout, d'où elle peut s'étendre plus ou moins profondément aux parties voisines, et qu'elle consiste essentiellement en une affection inflammatoire plus ou moins intense des parties que nous venons d'indiquer?

Faut-il revenir un moment, et d'une manière plus explicite, sur les raisons triomphantes, sur les argumens victorieux, qui militent en faveur du génie ou du caractère inflammatoire du rhumatisme articulaire bien caractérisé ? les voici :

1° Chez les sujets qui succombent à un violent rhumatisme articulaire, ainsi que nous en avons rapporté, je le répète, plus de trente exemples, on rencontre dans l'intérieur des articulations les caractères anatomiques les plus irréfragables d'un état inflammatoire, et spécialement des épanchemens de

pus véritable ou de synovie purulente, avec ou sans pseudo-membranes. D'un autre côté, chez ceux de ces sujets dont le péricarde, l'endocarde, la plèvre, etc., avaient été frappés de la même affection que les synoviales articulaires, on trouve également dans ces parties des altérations qui ne laissent aucune espèce de doute sur l'existence d'une inflammation.

2° Les symptômes locaux, tels que la tuméfaction, la chaleur, la rougeur, la douleur sont précisément ceux qui sont généralement assignés aux inflammations; les symptômes généraux sont également ceux qui caractérisent les maladies les plus franchement inflammatoires. Dans quelle autre affection inflammatoire, observe-t-on, en effet, une fièvre plus forte, à forme plus décidément inflammatoire? Dans quelle maladie constate-t-on un sang qui présente, à un plus haut degré, tous les caractères qui lui ont valu le nom de sang inflammatoire, la couenne de ce nom, par exemple?

3° Les causes réelles, les conditions atmosphériques sous l'influence desquelles se développe le rhumatisme articulaire, sont essentiellement et précisément les mêmes que celles qui donnent naissance aux inflammations les plus légitimes, j'ai presque dit les plus normales, telles que la pneumonie, la pleurésie, la péricardite, l'endocardite, l'angine, etc. Aussi, ne faut-il pas s'étonner, si ces dernières phlegmasies, l'endocardite et la péricardite spécialement, coïncident très fréquemment avec le rhumatisme articulaire aigu, dans les conditions qui ont été précédemment formulées.

J'en appelle aux observateurs éclairés et de bonne foi: qu'est-ce qu'une maladie qui, sous le rapport de ses caractères anatomiques, de ses symptômes et de ses causes, est identique aux inflammations les plus franches et les mieux connues, sinon une inflammation?

Sans doute, en raison de la multiplicité des parties, soit extérieures, soit intérieures, qu'elle peut affecter, en raison de la spécialité de sa cause et des accidens divers de son application, etc., le rhumatisme articulaire et ses divers accompagnemens offrent dans leur marche, leur développement, leur évolution, de remarquables particularités. Mais des différences de *forme* ne constituent pas des différences de *fond*, de

type ou de *nature,* et quelles que soient les particularités auxquelles nous faisons allusion ici, elles ne sauraient empêcher que le rhumatisme articulaire et ses accompagnemens ne soient de nature inflammatoire, puisque, comme nous l'avons vu, celle-ci est attestée par les lésions anatomiques, les symptômes, etc.

Vous insistez cependant et vous dites : mais nous connaissons l'inflammation des articulations par cause externe ou l'arthrite *traumatique, chirurgicale*, et elle ne se comporte pas à la manière du rhumatisme articulaire aigu. Fort bien! Vous dites donc que vous connaissez l'arthrite traumatique, et qu'elle diffère du rhumatisme articulaire. Mais il aurait bien mieux valu objecter, ce me semble, que vous connaissez l'arthrite non *traumatique,* l'arthrite *médicale*, de *cause interne* ou *spontanée*, pour me servir d'une de vos expressions favorites, et qu'elle ne ressemble point au rhumatisme articulaire, à la fièvre rhumatismale. Je ne sais si vous oseriez soutenir cette proposition. Quant à nous, nous répétons que le rhumatisme articulaire aigu ressemble si bien à l'*espèce* d'arthrite dont il s'agit actuellement, qu'il est impossible de citer un seul véritable cas de cette dernière, si on ne la confond pas avec le rhumatisme articulaire aigu. Or, je vous le demande, de toutes les membranes séreuses ou séro-fibreuses, les synoviales et les parties fibreuses sous-jacentes seraient-elles donc les seules qui n'auraient jamais leur inflammation *médicale,* ou de *cause interne,* ou *spontanée,* comme vous le dites assez improprement? Quoi! parce que la pleurésie, la pneumonie, la péricardite, etc., qui se manifestent sous l'empire des mêmes causes déterminantes ou occasionnelles que le rhumatisme articulaire, ne se comportent pas non plus absolument, et sous tous les rapports, comme la péricardite, la pleurésie, la pneumonie *traumatiques,* on irait en conclure que les premières ne sont pas des inflammations! En agir ainsi, ce ne serait faire rien moins que de retrancher de la grande famille des phlegmasies, précisément les maladies qui constituent les phlegmasies par excellence, les plus incontestables, les plus légitimes. N'est-ce pas ici l'occasion de tenir compte de la condition si importante que

je signalais plus haut, savoir, la spécialité de la cause et les particularités de son mode d'action, d'application? Voudrait-on, par exemple, qu'un individu, à la suite d'un violent exercice musculaire et d'une grande et brusque alternative de chaud et de froid, pris tout-à-coup d'un rhumatisme articulaire sur-aigu généralisé, avec coïncidence d'endocardite, de péricardite, de pleurésie, etc., présentât, sous tous les rapports, exactement les mêmes phénomènes qu'un autre individu affecté d'une inflammation d'une seule articulation, produite par un coup, une chute, une cause *traumatique* quelconque? Et parce que, dans le premier cas, au lieu d'une inflammation articulaire, vous en trouvez dix, vingt et plus, à un degré quelquefois léger, j'en conviens, mais qui d'autres fois cependant est assez intense pour que suppuration s'ensuive; et parce que, en même temps que ces fluxions inflammatoires articulaires *multiples, disséminées,* vous rencontrerez une péricardite, une endocardite, une pleurésie, etc.; et parce qu'en même temps encore, vous constaterez une sorte de *diathèse inflammatoire* générale comme la cause; par toutes ces raisons, dis-je, vous nieriez la nature inflammatoire de la maladie que vous observez! Certes, ce serait là, convenons-en, une étrange logique.

Pour que rien ne manquât à la démonstration de la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire, il faudrait établir enfin que le meilleur traitement que l'on puisse opposer à cette maladie, est le traitement dit antiphlogistique (car, comme l'a dit Hippocrate, *naturam morborum ostendit curatio*). Or, ce supplément de démonstration ne nous fera pas défaut, ainsi que les lecteurs s'en convaincront par une lecture attentive du chapitre suivant.

Maintenant que je crois avoir bien clairement prouvé le génie inflammatoire du rhumatisme articulaire et de ses accompagnemens, il ne me reste plus qu'une courte explication à donner sur ces mots *inflammation rhumatismale*, arthrite *rhumatismale*, endocardite, péricardite *rhumatismales*, etc., si souvent employés dans le cours de ce *traité*. Je n'entends nullement par cette épithète établir une différence *essentielle* entre l'espèce d'inflammations dont il s'a-

git et d'autres espèces d'inflammations, mais une *différence étiologique*, une *différence* de *cause*, d'*origine*. Ainsi, par exemple, l'arthrite *rhumatismale* est dans mon langage, une arthrite qui diffère de l'arthrite *traumatique*, parce qu'elle provient d'un refroidissement, tandis que cette dernière, comme l'indique son nom, reconnaît pour cause une violence mécanique, semblable à celle qui produit les plaies, etc. Cette arthrite par refroidissement, à *frigore*, est d'ailleurs pour moi, comme toutes les autres maladies fébriles de la même origine, le *type des maladies inflammatoires* du domaine de la médecine.

ARTICLE TROISIÈME.

Quelques considérations sur le diagnostic différentiel du rhumatisme articulaire.

Ce qui précède contient les données du diagnostic différentiel du rhumatisme articulaire aigu.

Pour distinguer cette espèce de phlegmasie articulaire de toutes les autres, il suffit de pouvoir remonter à sa cause. Mais il est un certain nombre de malades qui ne fournissent aucun renseignement satisfaisant, clair, précis, digne de foi, sur la cause déterminante *interne* de leur maladie. C'est là, sans contredit, une difficulté de diagnostic, mais moindre qu'on ne le croirait, au premier abord. En effet, je veux bien que certains malades ignorent si leur affection articulaire provient ou non d'un refroidissement. Mais il n'en est pas de même d'une maladie articulaire produite par une cause mécanique ou traumatique. Or, par cela même que les malades peuvent déclarer s'ils ont été exposés ou non à une cause de cette dernière catégorie, l'embarras du diagnostic diminue singulièrement. Effectivement, par cela même encore que l'affection inflammatoire des articulations est survenue sans violence extérieure, il y a de grandes probabilités pour qu'elle se soit développée sous l'influence de la cause ordinaire du rhumatisme articulaire. Ajoutez, d'ailleurs, que la dissémination des fluxions articulaires, la coïncidence d'une endocardite, d'une péricardite, etc., sont des particularités

propres à l'arthrite *rhumatismale,* et qui la différencient de l'arthrite traumatique (1).

Quant à ces affections disséminées des articulations, à ces arthrites multiples qui peuvent accompagner les grandes résorptions purulentes, les phlébites, etc., pour les confondre désormais avec un véritable rhumatisme articulaire ou l'arthrite *rhumatismale,* même en supposant que l'étiologie ne fournît ici aucune donnée de quelque importance, il faudrait réellement s'être bien peu familiarisé avec l'art de l'observation exacte.

Le cortège des phénomènes typhoïdes qui précède les affections articulaires dans les cas de la première catégorie (phlébites, résorptions purulentes), est un élément séméiologique tout-à-fait caractéristique. Rien de semblable n'a lieu dans le rhumatisme articulaire bien caractérisé, lequel marche, au contraire, accompagné de l'appareil inflammatoire le plus franc et le mieux caractérisé. Sans doute, dans le courant de cette maladie elle-même, en raison de certaines complications, d'accidens divers, il peut survenir des symptômes typhoïdes plus ou moins prononcés. Mais, je le répète, ces phénomènes ne se montrent pas au début de la maladie, ne la précèdent pas surtout, et cela suffit pour le diagnostic différentiel qui nous occupe.

Restent les cas où chez des individus placés dans les conditions de diathèse purulente, typhoïde, etc., des phlegmasies articulaires peuvent néanmoins apparaître sous l'influence d'un refroidissement. Les nouvelles accouchées, par exemple, se trouvent souvent exposées à l'influence indiquée, et certaines affections puerpérales dont elles sont atteintes constituent aussi une prédisposition aux phlegmasies purulentes des articulations. Les cas de cette catégorie peuvent être assez embarrassans.

Lorsque, malgré les recherches les plus attentives, on

(1) Ces caractères différentiels ne se rencontrent pas dans le rhumatisme articulaire fixe, borné à une seule articulation ou à un groupe de petites articulations; mais, dans ce cas, il reste toujours la donnée que nous avons signalée tout-à-l'heure.

manquera des éclaircissemens nécessaires à la solution du problème, il faudra se renfermer dans un doute philosophique. Mais ces cas sont exceptionnels, et la pratique prouve que les observateurs long-temps exercés contre les difficultés du diagnostic, trouvent bien rarement des cas du genre de ceux que nous signalons en ce moment.

La lecture des faits particuliers que nous avons rapportés dans le premier chapitre de ce traité, et des réflexions qu'ils nous ont suggérées, compléteront, je l'espère, ce que nous avions à dire du diagnostic différentiel du rhumatisme articulaire aigu. Nous renvoyons à ce complément.

CHAPITRE IX.

TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE OU DE L'ARTHRITE RHUMATISMALE.

Ce chapitre sera composé de deux sections.

Dans la première, je formulerai, d'une manière générale, mais avec toute la précision dont la matière est susceptible, le traitement que j'emploie, depuis près de huit ans, contre le rhumatisme articulaire, et je présenterai d'abord au lecteur une exposition succincte des pratiques mises en usage par quelques-uns de nos devanciers.

La seconde section comprendra des observations particulières, qui ne permettront pas aux praticiens de bonne foi de révoquer en doute l'immense supériorité de la méthode que nous proposons sur toutes celles suivies jusqu'ici.

PREMIÈRE SECTION.

EXPOSITION GÉNÉRALE DES PRINCIPES ET DES RÈGLES DE TRAITEMENT DU RHUMATISME ARTICULAIRE.

ARTICLE PREMIER.

Rhumatisme articulaire aigu.

Jusqu'à ces derniers temps, les praticiens étaient bien loin d'être d'accord sur la meilleure méthode à diriger contre le rhumatisme articulaire aigu. Comment pouvait-il en être autrement, puisqu'on ne s'entendait pas alors sur le siège, la nature de la maladie, et qu'on ignorait complètement l'existence de certains accompagnemens intérieurs de l'affection articu-

laire dont la connaissance était néanmoins d'une si haute importance pratique?

S'il nous est permis de penser que nos travaux n'ont pas été complètement perdus pour la solution de ces problèmes préliminaires, nous espérons qu'ils ne l'auront pas été non plus sous le rapport plus important encore du traitement.

En effet, grâce à une méthode dont nous exposerons plus bas les détails, nous avons le droit d'affirmer que désormais, en règle générale, on peut, *si cette nouvelle méthode de traitement est bien appliquée et à temps,* réduire à zéro la mortalité, même dans les cas les plus graves, prévenir le développement de ces fatales lésions *chroniques-organiques* dont nous avons longuement entretenu le lecteur, et diminuer en même temps, des deux tiers au moins, la durée moyenne assignée jusqu'à nous à la maladie.

Mais commençons par dire quelques mots des principaux modes de traitement usités avant nous.

§ 1er. *Exposition rapide des pratiques de quelques médecins dans le rhumatisme articulaire aigu.*

Je vais d'abord faire connaître ce que nous enseignent les auteurs dont le principal moyen consiste dans les émissions sanguines. Je m'occuperai ensuite de l'application de la méthode dite contre-stimulante au traitement du rhumatisme articulaire aigu.

Les autres médications ne valent réellement pas aujourd'hui la peine d'être examinées.

A. Voici d'abord la méthode de Sydenham et sa manière de formuler les saignées.

« Ut primùm accersor, statim sanguinis ℥ x è brachio *lateris affecti* mitti jubeo....

« Die sequenti, sanguinis tantumdem detrahi præcipio; atque intercalato die uno alterove, pro ægri viribus, tertio; dein, interjecto trium quatuorve dierum intervallo (prout ægri vires, ætas, constitutio, aliæque circumstanciæ suadent monentque), quarto, atque ultimo ut plurimùm, venæ-sectionem repeto; raro enim usu venit, ut ultrà quartam vicem venam incidamus, nisi vel regimen justo caladius præcesserit, vel

medicamina calidiora ægro præter necessitatem fuerint ingesta. »

La saignée était secondée par l'usage des juleps simples ou d'une émulsion, des cataplasmes, des boissons rafraîchissantes, des lavemens et de la diète.

Huit jours après la dernière saignée, Sydenham ordonnait une potion cathartique *douce*.

J'ose affirmer, sur la foi de l'expérience la plus sévère et la plus répétée, que, dans l'immense majorité des cas, un rhumatisme articulaire aigu intense n'aurait point cédé *complètement* à la formule des saignées employée par Sydenham. Voyez, par exemple, parmi les faits que nous avons rapportés ou cités dans le cours de cet ouvrage, combien il s'en trouve où la maladie s'est montrée rebelle, malgré l'emploi de saignées pour le moins aussi nombreuses et plus copieuses que celles prescrites par Sydenham.

Qu'on ne soit donc pas étonné de lire ce qui suit dans Stoll : « Je suivais quelquefois, dit-il, la pratique de Sydenham, *mais la longueur du mal éluda souvent ce traitement actif*, et souvent les forces se trouvaient plus tôt abattues que la maladie. Des malades restaient plusieurs semaines sans pouvoir se remuer.... »

Stoll ne manque point d'ajouter, à cette occasion, que Sydenham avait fini par abandonner sa méthode des émissions sanguines répétées dans le rhumatisme.

Cette assertion se trouve reproduite par M. Chomel, dans son *Essai sur le rhumatisme*. Après avoir rappelé que : « dans un mémoire anonyme, on a proposé de tirer *vingt li-* « *vres de sang en trente-six heures, et que cette méthode* « *était la même, indépendamment de l'âge et des forces des* « *malades, de la période et de l'intensité de la maladie*, ce « qui suffit pour en montrer les dangers (1), » M. Chomel poursuit ainsi :

(1) « Elle est tombée d'ailleurs dans un tel discrédit, continue M. Chomel, « qu'elle n'est *aujourd'hui* employée par personne. »

Le mémoire rappelé ici par M. Chomel, se trouve dans un ouvrage intitulé : *Observations intéressantes sur la cure de la goutte et du rhumatisme, de*

« Les saignées générales, employées avec plus de modé-
« ration par des médecins célèbres, ne sont pas néanmoins
« sans inconvéniens. Quel témoignage pourrait sur ce point
« inspirer autant de confiance que celui de Sydenham? Doué
« d'une sagacité profonde, d'un esprit observateur bien rare
« à l'époque où il écrivait, presque étranger aux théories
« scolastiques, dont ses contemporains ont obscurci leurs
« ouvrages, Sydenham, persuadé que le rhumatisme était
« une affection inflammatoire, avait, pendant les douze pre-
« mières années de sa pratique à Londres, employé et con-
« seillé dans le traitement de cette maladie les saignées ré-
« pétées, dont il *avait cru* d'abord observer de bons effets;
« fallut-il moins que des observations multipliées *pour lui*
« *faire abandonner l'opinion qu'il avait adoptée et publi-*
« *quement professée?* Non-seulement, dit cet auteur dans sa
« lettre à Robert Brady, ces saignées portent atteinte aux
« forces du malade pour un certain temps, mais encore elles
« le rendent, pendant plusieurs années, très susceptible de
« contracter d'autres maladies, pour peu qu'il soit d'une con-
« stitution faible. »

D'après ce que j'ai dit plus haut du peu de puissance de la méthode de Sydenham dans les cas de rhumatisme articulaire intense, plus que tout autre peut-être je serais autorisé à croire, sur la foi de ce qui précède, que rien n'est plus exact que l'espèce de palinodie médicale de Sydenham au sujet du traitement du rhumatisme articulaire aigu. Toutefois, j'ai voulu remonter à la source même où les preuves de cette palinodie avaient été puisées, et je n'ai pas tardé à me convaincre qu'il ne fallait pas prendre à la lettre tout ce qui a été dit à cet égard.

Il est bien vrai que dans sa lettre à Robert Brady, Sydenham, déclare que, désolé d'être obligé de retirer une si grande masse de sang pour guérir le rhumatisme, il résolut

*MM. Fred. Hoffmann, U*** et James* (Paris, 1747, 1 vol. in-12). Je regrette que l'espace ne me permette pas d'examiner la méthode vraiment effrayante proposée, et, à ce qu'il paraît, mise en pratique par U*** (l'ouvrage contient, en effet, seize observations dans lesquelles l'auteur dit l'avoir employée).

d'expérimenter si l'on ne pourrait pas combattre cette maladie par une autre méthode, et qu'il a trouvé, en effet, cette autre méthode dans une *diète* simple, très rafraîchissante, et médiocrement nutritive, tel que l'usage du petit-lait. Mais il ne manque pas d'ajouter qu'il ne serait pas sage de s'en tenir à la *diète lactée,* chez les personnes qui ont passé l'âge viril, ou chez celles qui sont adonnées depuis long-temps au vin et aux autres liqueurs spiritueuses. Toutefois, dit-il, il vaut mieux, après la seconde ou la troisième saignée *au plus*, employer plus souvent et répéter les cathartiques jusqu'à ce que tous les symptômes aient pleinement cessé, que de confier à la phlébotomie tout le soin du traitement (1).

Enfin, à une époque postérieure, s'occupant de nouveau du traitement du rhumatisme, Sydenham établit que la saignée doit être réitérée une quatrième fois et même plus, s'il en est besoin (*quater vel pluriès, si opus fuerit*). Quant au simple régime réfrigérant et au petit-lait, il n'en parle alors

(1) « *In rheumatismi verò curatione sæpenumerò mihi subiit tecum dolere, quòd nonnisi ingenti sanguinis vi repetitis venæ sectionibus eductâ, ea possit perfici... His de causis, experiri statui, an nulla alia methodus daretur, à reiteratâ totiès phlebotomiâ diversa, quâ hic morbus possit debellari. Seriò itaque perpendens, quòd affectus iste ab inflammatione videatur oriri, tandem vero simile esse judicabam morbum hunc diætâ simplici, admodum refrigerante, et medioeriter nutriente, ægro imperatâ, æque feliciter atque repetitis venæ sectionibus profligari posse; etiam evitatis quæ alteri methodo adjungebantur incommodis : neque me fefellit diæta à sero lactis phlebotomiæ loco substituta.* »

A l'appui de cette *nouvelle* méthode, Sydenham ne rapporte que le seul fait d'un pharmacien (*vir probus,* dit-il, *et ingenio non vulgari*), chez lequel elle fut employée avec quelque succès; mais il est bon de savoir que le rhumatisme de ce pharmacien n'était rien moins qu'un rhumatisme articulaire aigu intense, et que le malade, très sec, débile, n'avait pas beaucoup de sang dans les veines : *Cum debiliore esset et sicco corporis habitu, veritusne minus firmas jam diù vires et tabescentes, dempto copiosiùs sanguini prorsùs exsolverem, imperavi ut solo lactis sero ad dies quatuor vesceretur æger, etc.*

Il n'est, je crois, personne qui n'approuve la conduite de Sydenham en pareil cas. Mais conclure de ce cas que l'on pourrait guérir le rhumatisme articulaire aigu intense, sans faire autre chose qu'abreuver largement le patient de petit lait, ce serait tomber dans une insigne et grave erreur.

que comme d'une méthode applicable à certains cas particuliers.

Sans doute, il est bien permis de s'affliger, avec Sydenham, de ce qu'on est obligé de retirer une grande quantité de sang pour guérir le rhumatisme articulaire intense. Mais c'est un sacrifice que commande la prudence, et il est de notre devoir de déclarer que ce sacrifice, dans les cas graves, doit être porté plus loin que ne le conseille l'illustre praticien de Londres. Ceux-là seront réduits à donner long-temps du petit-lait et des cathartiques, qui voudront s'en tenir à deux, trois et même quatre saignées de dix onces, durant l'espace de six à sept jours, dans le traitement d'un violent rhumatisme articulaire aigu, chez un jeune homme ou un adulte de force moyenne.

Mais ce n'est pas tout que la *diuturnité* de la maladie sous l'influence de ce traitement, jusqu'ici considéré comme éminemment *actif*. En effet, parmi ceux qui seront ainsi traités, il s'en trouvera de temps en temps quelques-uns qu'une coïncidence d'inflammation *rhumatismale* de l'endocarde, du péricarde, de la plèvre et du poumon, etc., emportera dans la période encore aiguë de la maladie; il s'en rencontrera un bien plus grand nombre qui plus tard succomberont à une *maladie organique du cœur*. En présence de tels dangers, dont nous n'avons que trop démontré la réalité, est-ce donc un si grand sacrifice que de payer de quelques livres de sang la presque certitude d'une guérison prompte, solide, *complète?* Sans doute, si, avec le temps, l'esprit humain, père de toutes les découvertes, nous enseigne une méthode aussi sûre et plus avare de sang que celle dont nous allons bientôt parler, on devra la saluer comme un grand bienfait et s'empresser de l'adopter. Mais je crains bien que les temps d'une si précieuse découverte ne soient pas près de nous.

La méthode proposée par notre savant confrère et ami, M. le docteur Roche (1), ne diffère pas très notablement de celle de Sydenham. La voici :

« Il ne faut pas hésiter à pratiquer une *copieuse* saignée dès

(1) Art. arthrite du *Dict. de méd. et de chir. prat.*

le début du rhumatisme articulaire aigu, ni craindre d'y revenir trois quatre et cinq fois de suite, s'il est nécessaire, soit en mettant deux jours d'intervalle entre chaque saignée, comme le faisait Sydenham (1), soit en la pratiquant toutes les vingt-quatre heures, ce qui nous paraît préférable. J'ai pratiqué, avec le plus grand succès, chez un individu très robuste, jusqu'à huit saignées de seize à vingt onces dans l'espace d'une quinzaine de jours (2). »

N'oublions pas, d'ailleurs, que M. Roche donne quarante jours pour moyenne de la durée du rhumatisme articulaire aigu. Or, malheur à plusieurs des individus chez lesquels une fièvre rhumatismale a duré quarante jours!

Dans les *Leçons* de M. Chomel *sur le rhumatisme,* à l'occasion du traitement *rationnel, éclectique* qu'on y conseille contre le rhumatisme articulaire aigu, on s'exprime ainsi sur les émissions sanguines :

« Nous ne prodiguons pas les saignées, mais nous ne nous « les interdisons pas. Ainsi que la plupart des praticiens de « notre siècle, nous avons abdiqué la chimérique prétention « de faire avorter la maladie par la fréquente répétition de la « phlébotomie, et nous nous contentons, en général, d'ou- « vrir *une ou deux fois* la veine dans le seul but de modérer « la fièvre, ce que nous *paraissons*, en effet, obtenir (page « 281)....

« Au début, *chez les sujets jeunes et robustes,* la phlébo- « tomie, *une ou deux fois pratiquée,* est, sans contredit, très « utile.....

« Les saignées locales conviennent moins bien que la phlé- « botomie dans le rhumatisme articulaire fébrile : car elles

(1) Ce n'est pas *exactement* ainsi que procédait Sydenham, comme on peut le voir dans la citation textuelle de sa formule qui se trouve un peu plus haut.

(2) Si ces huit saignées eussent été pratiquées dans un espace de quatre à cinq jours, et commencées vers le début, le rhumatisme articulaire dont il s'agit n'aurait pas duré jusqu'au quinzième jour. Il y a plus : c'est que, par un moindre nombre de saignées, à la dose indiquée, mais plus rapprochées, le malade eût été plus promptement guéri qu'il ne l'a été.

« sont moins appropriées que celle-ci à une maladie évidem-
« ment générale et pour ainsi dire constitutionnelle.... Cepen-
« dant si l'articulation rhumatisée est en proie à des douleurs
« tellement intolérables *qu'il y ait des mouvemens convul-*
« *sifs dans les muscles voisins,* la saignée locale est indiquée.
« On doit opérer l'évacuation sanguine à l'aide des sangsues
« préférablement aux ventouses scarifiées (pag. 328-29). »

Je n'ai pas besoin de faire observer tout ce qu'il y a d'incomplet dans ces courtes considérations sur l'emploi des saignées. Il est aussi de mon devoir d'ajouter que je déplore sincèrement le sort des individus qui, atteints d'un rhumatisme articulaire aigu intense, seront traités, comme on le dit, dans l'ouvrage cité, d'après *les principes du traitement rationnel, suivant* M. Chomel (pag. 328).

Il est à peine question des saignées locales dans les précédentes méthodes. On sait que, dans l'école de M. Broussais, cette espèce d'émissions sanguines était presque exclusivement, souvent même tout-à-fait exclusivement employée. Je doute qu'on obtienne de grands succès de cette pratique dans les cas de *fièvre rhumatismale* intense. Mais, comme nous allons bientôt le voir, on les associe avec avantage aux saignées dites générales, et, quoi qu'en ait pu dire M. Chomel, les ventouses scarifiées ne conviennent pas moins dans le rhumatisme aigu que dans le rhumatisme chronique (1).

M. le docteur Malle, dont nous aimons à citer le nom, après avoir d'abord sacrifié à la pratique de l'immortel médecin du Val-de-Grâce, paraît assez disposé maintenant à lui préférer la formule que nous avons proposée : « Nous avoue-
« rons, dit-il, que les succès que nous avons obtenus tout ré-
« cemment des saignées à haute dose, dans deux cas de rhu-
« matisme articulaire aigu, nous engageront à modifier, dans

(1) Dans l'*Essai* de M. Chomel, on lit : « Les ventouses scarifiées étant « excitantes, en même temps qu'elles procurent une évacuation sanguine, ne « peuvent convenir que dans le rhumatisme chronique. » La pratique journalière ne permet pas d'adopter la *théorie* de M. Chomel sur l'effet *excitant* des ventouses scarifiées, considéré comme *contre-indication* à leur emploi dans le rhumatisme aigu.

« certaines circonstances au moins, notre traitement et à re-
« courir plutôt aux saignées générales qu'aux saignées loca-
« les qui en avaient jusqu'ici fait en grande partie la base.

« En vain, ajoute M. Malle, les adversaires des saignées « coup sur coup prétendent que l'emploi de ce moyen doit être « dans la plupart des cas funeste aux malades qui y sont sou- « mis, et ils fureteraient moins dans les ouvrages de l'anti- « quité pour démontrer que cette méthode n'est pas nouvelle, « si l'*évènement ne démentait pas chaque jour leur prophé- « tie* (1). »

Quoi qu'il en soit, Pringle avait, l'un des premiers, insisté sur les avantages des saignées locales dans le rhumatisme. Mais il les employait en trop petit nombre et à des intervalles trop éloignés, pour pouvoir en obtenir des effets bien marqués dans les cas de rhumatisme articulaire intense (2).

Je ne crois pas devoir insister plus long-temps sur la pratique des médecins qui, avant nous, ont employé les saignées comme élément principal de leur médication contre le rhumatisme. Je ferai seulement remarquer que nul d'entre eux n'a procédé, d'une manière complètement exacte, dans l'étude des effets ou des résultats thérapeutiques de la formule suivant laquelle il administrait ce moyen. Où sont, en effet, les masses de faits bien détaillés, bien analysés, bien catégorisés, à l'appui des préceptes et des règles qu'ils posent? Quelle est, aussi approximativement que possible, la moyenne du nombre des saignées et de la quantité de sang qu'ils ont retiré dans telle ou telle catégorie de cas? Dans quel espace de temps rigoureusement déterminé pour chaque catégorie de cas, ont-ils pratiqué les émissions sanguines? Comment en ont-ils modifié l'emploi selon une foule de circonstances individuelles? Quels sont les moyens accessoires ou adjuvans qu'ils ont associés aux émissions san-

(1) Voyez le journal L'EXPÉRIENCE, n° du 24 janvier 1839.

(2) « Pringle faisait appliquer des sangsues au nombre de *quatre ou cinq* « sur la partie malade, et répéter ce moyen pendant trois à quatre jours de « suite; puis il les employait à des intervalles progressivement plus longs et « diminuait de même le nombre des sangsues » (M. CHOMEL, *Essai sur le rhumatisme*, art. traitement).

guines ? La diète a-t-elle été prescrite dans toute sa rigueur, et s'il en a été ainsi jusqu'à quelle époque a-t-elle été prolongée, etc., etc.?

On chercherait en vain dans les auteurs une réponse à toutes ces diverses questions.

B. A l'époque ou le tartre stibié à haute dose était proclamé comme le meilleur moyen que l'art pût employer contre la pneumonie, un certain nombre de praticiens essayèrent ce même moyen contre le rhumatisme articulaire aigu. Mais de tous les observateurs qui ont eu occasion d'employer eux-mêmes ou de voir employer le tartre stibié à haute dose, Dance est le seul qui ait publié des recherches vraiment dignes d'attention sur ce point important de pratique (1). Cet excellent observateur, dont la médecine ne saurait trop déplorer la perte prématurée, déclare qu'il a voulu, par des observations détaillées, faire voir que cette médication n'est pas : 1° toujours praticable dans les cas auquels on l'a spécialement appliquée ; 2° qu'elle n'est pas toujours innocente ; 3° que mettant de côté ces chances défavorables, son efficacité dans le rhumatisme articulaire aigu ne l'emporte point sur celle des méthodes ordinaires de traitement.

Le nombre des rhumatisans chez lesquels Dance a étudié les effets thérapeutiques du tartre stibié à haute dose, est de vingt.

Je vais analyser les vingt cas dont il s'agit sous les points de vue qu'il nous importe de connaître en ce moment.

Il divise ses vingt malades en quatre classes principales, suivant que l'émétique a été favorable, insuffisant ou nul pour combattre les rhumatismes dont ils étaient atteints, ou bien que des accidens ont été le résultat de ce traitement.

I.

Les PREMIERS, au nombre de cinq, ont été guéris complètement dans l'espace d'un très petit nombre de jours, mais

(1) Mémoire sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu, inséré dans les cahiers des archives générales de médecine pour les mois d'avril et de mai 1829.

ils étaient affectés de rhumatismes d'une acuité médiocre ou touchant à leur terminaison.

Le *premier* malade, jeune homme de dix-huit ans, fut admis à l'hôpital, au quatrième jour de son rhumatisme (*aigu peu intense*), et la durée totale en fut de huit à dix jours.

Il prit en sept jours 78 grains d'émétique.

Le *second* malade, jeune homme de vingt-deux ans, était au sixième jour de son rhumatisme (*aigu peu intense*), dont la durée totale fut de douze à quatorze jours.

Il prit 112 grains d'émétique en huit jours.

Le *troisième* malade, jeune homme de vingt-huit ans, était au dixième jour de son rhumatisme (*aigu assez intense*), dont la durée totale fut de quatorze à seize jours.

Il prit 42 grains d'émétique en six jours.

Le *quatrième* malade, jeune homme de vingt-neuf ans, était arrivé au trentième jour de son rhumatisme (*aigu peu intense*), et la durée totale en fut de cinq semaines environ.

Il prit 108 grains d'émétique en neuf jours.

Le *cinquième* malade, homme de cinquante ans, comptait vingt-et-un jours de maladie, et celle-ci alors recrudescente, après avoir cédé aux saignées, dura en tout un mois.

Il prit 112 grains d'émétique en huit jours.

II.

Les SECONDS, au nombre de trois, ont paru d'abord retirer un soulagement notable, mais après une courte suspension des douleurs articulaires, la maladie a récidivé et s'est montrée rebelle au même traitement.

Le *premier* de ces malades, jeune homme de vingt-cinq ans, prit 156 grains d'émétique en dix jours. La durée totale de son rhumatisme (*aigu*) fut de six semaines. Il était au quinzième jour de sa maladie au moment de l'entrée.

Le *second* malade, jeune femme de seize ans, prit 194 grains d'émétique en dix jours, et la durée totale de son rhumatisme (*aigu*) fut de six semaines. Au moment de son entrée, le sujet comptait dix-neuf jours de maladie.

Le *troisième* malade, femme de quarante-six ans, prit 70 grains d'émétique en six jours. La durée totale du rhuma-

tisme (*aigu*), qui datait de neuf jours à l'entrée, fut d'environ un mois.

III.

Les TROISIÈMES, au nombre de dix, étaient atteints de rhumatismes, ou très aigus, ou médiocrement intenses, ou fixés sur un petit nombre d'articulations, et il est à noter qu'un certain nombre des malades avait été soumis préliminairement au traitement antiphlogistique.

Le *premier* malade, jeune homme de vingt-quatre ans, prit 84 grains d'émétique en sept jours, et la durée totale de son rhumatisme (*sur-aigu*), datant de cinq jours à l'entrée, fut de six semaines.

Le *second* malade, jeune homme de vingt-quatre ans, prit 152 grains d'émétique en dix jours, et son rhumatisme (*sur-aigu*), datant de trois jours à l'entrée, dura en tout un mois environ.

Le *troisième* malade, homme de quarante ans, prit 126 grains d'émétique en six jours. Datant de quinze jours à l'entrée, son rhumatisme (*peu intense*) eut une durée totale d'un mois et demi.

Le *quatrième* malade, jeune homme de vingt-cinq ans, prit 24 grains d'émétique en trois jours, et son rhumatisme (*sur-aigu*), développé trente jours avant l'entrée, dura deux mois en tout (le traitement *antiphlogistique* fut, dans ce cas, associé au tartre stibié).

Le *cinquième* malade, femme de trente-six ans, prit 70 grains d'émétique en huit jours, et son rhumatisme (*aigu*), datant de quatorze jours à l'entrée, dura deux mois en tout (le traitement antiphlogistique fut encore associé à l'émétique).

Le *sixième* malade, jeune femme de vingt-cinq ans, prit 54 grains d'émétique en cinq jours, et son rhumatisme (*aigu très mobile*), datant de trente jours à l'entrée, dura deux mois en tout (association du traitement antiphlogistique à l'émétique).

Le *septième* malade, jeune fille de dix-sept ans, prit 36 grains d'émétique en quatre jours, et son rhumatisme (*aigu*

fixe), datant de seize jours à l'entrée, dura deux mois en tout (association du traitement antiphlogistique à l'émétique).

Le *huitième* malade, homme de soixante ans, prit 122 grains d'émétique en six jours, et son rhumatisme (*aigu fixe*), datant de huit jours à l'entrée, eut une durée *indéfinie*.

Le *neuvième* malade, femme de trente-deux ans, prit 56 grains d'émétique en cinq jours, et son rhumatisme (*aigu fixe*), datant de quinze jours à l'entrée, eut une durée totale de six semaines (association du traitement antiphlogistique à l'émétique).

Le *dixième* malade, homme de quarante ans, prit 162 grains d'émétique en douze jours, et son rhumatisme (*chronique et sans fièvre, fixe*), eut une durée *indéfinie* (les vésicatoires furent associés à l'émétique).

IV.

Enfin, les QUATRIÈMES, au nombre de deux, éprouvèrent, à la suite du traitement par l'émétique, des symptômes d'irritation dans les voies digestives.

Le *premier* malade, jeune femme de vingt-trois ans, prit en huit jours 62 grains d'émétique et son rhumatisme (*aigu*), datant de quatorze jours à l'entrée, dura six semaines en tout (association du traitement antiphlogistique à l'émétique).

Le *second* malade, homme de trente-deux ans, prit 42 grains d'émétique en six jours, et la durée totale de son rhumatisme (*aigu*) fut de six semaines (mais il sortit dans un état de convalescence douteuse). Trois saignées (et non pas une, comme Dance l'a noté par erreur dans son tableau) furent pratiquées quand on eut diagnostiqué la pneumonie.

« D'après cet exposé, dit Dance, il semble que, pour prononcer définitivement sur l'efficacité de l'émétique à haute dose contre le rhumatisme articulaire aigu, il ne s'agirait que de compter le nombre des malades guéris ou non guéris, soulagés ou bien amenés à un état pire ; mais cette supputation facile ne conduirait à des conséquences certaines qu'autant que l'on aurait égard à toutes les circonstances qui ont pu influer sur les résultats : telles sont en particulier la susceptibilité des sujets, l'ancienneté de la maladie, son degré d'acti-

vité, ses complications, les modifications apportées dans le traitement qui, quoique essentiellement le même pour tous, a cependant varié quant aux doses de la substance qui en forme la base, et du véhicule qui la tenait en dissolution. »

Après quelques réflexions sur diverses questions qui se rattachent à l'emploi du tartre stibié à haute dose, considéré d'une manière générale, Dance conclut ainsi :

« Si nous avions recours à cette médication contre le rhumatisme, ce serait au début de cette maladie, et non à une période avancée ; mais nous aurions une plus grande confiance dans le traitement antiphlogistique, et nous n'insisterions pas sur l'emploi du tartre stibié dans la persuasion où nous sommes que le rhumatisme aigu a quelque chose de fixe dans sa marche et sa durée, malgré les moyens les plus actifs et les plus perturbateurs (1).

« On se tromperait beaucoup si l'on pensait que cette médication est moins débilitante que les émissions sanguines, et les praticiens qui redoutent la saignée dans le rhumatisme, parce qu'elle affaiblit l'énergie vitale *et nuit à la résolution de l'inflammation*, ne trouveront pas, dans tous les cas, leur compte à substituer sous ce rapport l'émétique aux antiphlogistiques. »

Certes, ceux qui se donneront la peine de comparer avec les résultats obtenus sous l'influence du traitement que nous proposerons plus bas, les résultats ci-dessus indiqués par Dance dans les conditions de traitement qu'il a fait connaître, n'auront pas de peine à se décider entre les deux méthodes ainsi comparées.

Déjà, à l'occasion de la durée du rhumatisme articulaire, nous avions cité les observations de Dance. Insistons encore un moment sur ce point, et invitons le lecteur à ne pas oublier que la durée moyenne dans les cas d'une certaine intensité a été de six semaines au moins. Je dis au moins, car chez les dix malades de la troisième *classe*, il en est quatre dont le rhumatisme a duré deux mois, deux dont le rhumatisme a

(1) Si Dance avait été témoin des effets de la méthode dont nous parlerons tout-à-l'heure, il se serait bien gardé d'exprimer une semblable opinion.

eu une durée indéfinie, trois dont le rhumatisme s'est prolongé pendant six semaines, et un seul dont le rhumatisme n'ait duré qu'un mois.

Nous ne terminerons pas sans ajouter quelques mots sur les deux cas dans lesquels Dance a reconnu que le tartre stibié à haute dose a produit des effets fâcheux.

Les deux sujets des cas dont il s'agit étaient dans un état encore douteux de guérison ou de convalescence, lorsqu'ils sortirent de l'hôpital. N'est-ce pas ici l'occasion de rappeler que l'un des sujets chez lesquels le rhumatisme articulaire aigu s'est terminé par la mort, et dont les observations ont été consignées dans notre premier chapitre (observat. v), avait été traité par M. Chomel, au moyen du tartre stibié à haute dose, précédé d'une seule saignée (1)?

(1) Notons enfin, en passant, que chez aucun des vingt malades, dont les observations détaillées ont été rapportées par Dance, le cœur n'a été de sa part l'objet de la moindre exploration, du moindre examen, et que dans ce travail d'un des observateurs les plus distingués de l'époque, il n'est pas dit un seul mot de la coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu. Tant il est vrai qu'avant nos propres recherches, le sujet dont il s'agit avait été à-peu-près entièrement négligé, et que les meilleurs observateurs modernes avaient même oublié, s'ils ne l'ignoraient pas complètement, ce que quelques-uns de leurs prédécesseurs avaient pu dire de la *métastase* du rhumatisme sur le cœur.

Cependant, il est plusieurs des malades de Dance chez lesquels certainement la persévérance, l'opiniâtreté, la *diuturnité* de la maladie, de la fièvre en particulier, était due à la coïncidence d'une endocardite ou d'une péricardite avec le rhumatisme articulaire. Je soupçonne l'existence de cet accompagnement chez le sujet de l'observation xx du mémoire, lequel, au bout de six semaines qu'il quitta l'hôpital, *offrait une habitude extérieure annonçant une convalescence suspecte.*

Le sujet de cette observation était un commissionnaire âgé de 32 ans, coloré, sanguin, entré le quatrième jour d'un rhumatisme articulaire aigu qu'il avait contracté après s'être beaucoup fatigué à scier du bois. « La respiration « étant devenue anxieuse, le septième jour, Dance, ayant ausculté la poitrine, « trouva, en arrière et à gauche, dans la fosse sous-épineuse, un peu de matité « avec bronchophonie (*Suspension du tartre stibié; saig.* 2 *pal.; tis. pect.;* « *diète*). — Les jours suivans les douleurs articulaires se concentrent dans le « poignet gauche qui s'engorge comme au début de la maladie; la matité et la

§ II. *Exposition de la méthode employée par l'auteur de ce traité; résumé statistique des succès qu'il en obtient depuis huit années d'une expérience journalière; attaques dirigées contre cette méthode; influence des constitutions dites médicales sur son emploi.*

I. *Méthode de l'auteur de cet ouvrage.*

Comme tant d'autres de mes prédécesseurs, souvent témoin de la longue durée du rhumatisme articulaire aigu, traité par les méthodes ordinaires, et de plus justement effrayé des accidens qu'entraînait à sa suite cette maladie ainsi prolongée, bien convaincu d'ailleurs, par la plus attentive observation, de sa nature franchement inflammatoire, je résolus de l'attaquer par cette *nouvelle formule* des émissions sanguines, dont j'ai obtenu de si grands succès contre la pneumonie, la pleurésie, l'entéro-mésentérite ou fièvre typhoïde elle-même, etc.

Voici les règles d'après lesquelles elle doit être appliquée, et l'indication des moyens que nous lui associons.

A. Les émissions sanguines, élément principal de notre méthode, ne peuvent, dans l'arthrite rhumatismale, comme dans toutes les autres phlegmasies en général, donner tous les résultats avantageux qu'on a droit d'en attendre, qu'à la condition d'être *formulées dans de justes mesures,* et en les accommodant aux circonstances diverses de l'intensité de la

« bronchophonie persistent. Deux saignées sont encore pratiquées et diminuent « ces derniers symptômes; mais, pendant tout le mois de novembre (le début « datait du 20 octobre), le malade est un sujet d'inquiétude; *sa face devient* « bouffie, son ventre empâté et volumineux...; chaque soir, il éprouve une « exacerbation fébrile, qui se prolonge bien avant dans la nuit; son sommeil est « lourd, interrompu...; enfin le malade quitte l'hôpital le 30 novembre : à « cette époque, sa respiration était naturelle, ses digestions ne paraissaient « point troublées...; mais son habitude extérieure annonçait une convales- « cence suspecte; sa face était pâle, jaunâtre; son ventre empâté. » (Dance n'a pas eu occasion de le revoir.)

Si dans ce cas, qui semblait en quelque sorte l'y inviter, Dance eût exploré le cœur en même temps que les poumons, qui sait où l'aurait conduit cette exploration long-temps continuée dans d'autres cas analogues?

maladie, de la force, de l'âge, de la constitution des sujets, des complications, etc.

Dans mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire* d'abord, et plus tard dans ma *Clinique médicale,* j'ai dit comment j'avais appliqué à l'arthrite rhumatismale aiguë et intense la nouvelle formule des émissions sanguines coup sur coup, et j'y ai exposé, avec sincérité, les succès que nous en avions obtenus alors sur plus de cent personnes atteintes de cette maladie. Depuis la publication de ces deux ouvrages, nous avons continué l'emploi de notre formule, et nos succès ont été les mêmes. Le chiffre des cas de rhumatisme articulaire aigu que nous avons reçus dans nos salles, depuis que la nouvelle formule a été mise en usage, s'élève à l'époque où j'écris à un peu plus de deux cents. Voilà sept ans passés que notre pratique a été mise à l'épreuve, en présence de plusieurs centaines de témoins, qui tous ont été frappés de son immense supériorité sur les pratiques dont ils avaient observé les effets dans les autres services cliniques. Nous pouvons donc, en toute sûreté, recommander désormais notre formule des émissions sanguines, telle que nous allons la consigner ici.

Il est bien entendu que pour le moment il s'agit de son emploi chez les *individus adultes, d'une bonne constitution,* et dont le rhumatisme articulaire aigu est accompagné d'une fièvre assez intense pour réclamer un traitement énergique.

Premier jour de traitement. A la visite du soir, on pratique une saignée du bras de 4 palettes (1).

Second jour. Une saignée du bras de 3 palettes et demie à 4 palettes est faite matin et soir. Dans l'intervalle de ces deux saignées, on a recours à une application de sangsues ou mieux de ventouses scarifiées autour des articulation s les

(1) La formule ici rapportée est telle que nous l'employons à l'hôpital, où le jour de leur entrée les malades ne sont visités que le soir. Il est clair que chez des malades de la ville auprès desquels on serait appelé dès le matin, on se comporterait ce jour-là comme nous allons le dire pour le second jour chez les malades reçus à l'hôpital.

plus malades ainsi que sur la région précordiale, quand le péricarde ou l'endocarde sont sérieusement affectés eux-mêmes, et cette saignée locale est de 3, 4 ou même 5 palettes, selon la gravité des cas (1).

Troisième jour. Dans certains cas, l'amélioration est telle qu'on peut s'abstenir de nouvelles émissions sanguines. Mais il n'en est pas ainsi dans les cas graves et très graves. On pratique alors une quatrième saignée de 3 à 4 palettes, et une saignée locale de la même dose, soit sur les articulations, soit sur la région précordiale, s'il existe une coïncidence d'endocardite ou de péricardite ou d'endo-péricardite.

Quatrième jour. Dans les cas de moyenne gravité, la fièvre, les douleurs, le gonflement des articulations, en un mot tout l'appareil inflammatoire a le plus souvent cessé dès ce jour, et l'on s'abstient de nouvelles émissions sanguines. Dans les cas où la résolution n'a pas encore franchement commencé, on pratique une cinquième saignée du bras de 3 palettes environ.

Cinquième, sixième et septième jours. En général, à cette époque, la résolution est en pleine activité pour les rhumatismes articulaires aigus dont la gravité n'a pas été au-delà de la moyenne. Mais assez souvent dans les rhumatismes articulaires aigus très graves avec endocardite ou endo-péricardite, ou pleurésie très prononcée, le temps des émissions sanguines n'est pas encore passé. Alors, dans l'espace des trois jours dont il s'agit, on pratique deux ou trois nouvelles saignées du bras, et une nouvelle saignée locale, en même temps qu'on applique de larges vésicatoires, soit sur la région du cœur, soit sur les articulations, soit enfin sur l'une et sur les autres en même temps. Dans quelques cas de cette dernière catégorie, nous avons été obligé de tirer jusqu'à 8, 9 et 10 livres de sang ; et, comme je crois l'avoir déjà dit, nous n'avons perdu aucun des sujets chez lesquels la maladie ayant présenté cette

(1) Il est clair que s'il existait une complication de pleurésie, de pleuro-pneumonie, etc., il faudrait modifier les émissions sanguines locales conformément au siège de la complication ou de la coïncidence.

extrême gravité, nous avons dû recourir *à cet extrême remède* (1).

Quoi qu'il en soit, dans la majorité des cas très graves eux-mêmes, dès le sixième, le septième ou le huitième jour, la convalescence se déclare franchement, et, règle générale, l'on peut commencer à nourrir les malades.

On a vu, par l'exposition de notre mode de traitement, que ce traitement variait notablement selon l'intensité, l'*opiniâtreté*, la gravité des cas. Donc, pour l'employer avec succès, il ne faut pas agir en aveugle et à la légère : il faut savoir *distinguer, catégoriser* les cas; et, nous ne pourrions jamais trop le répéter, cette *distinction* est ce qu'il y a de plus difficile en médecine, ce qui exige le plus une longue habitude d'une observation exacte, patiente, infatigable, une véritable *vocation clinique*.

Dans les cas très légers, sans fièvre ou avec fièvre très faible, on peut, à la rigueur, ne pas recourir aux émissions sanguines, surtout générales. Si l'on veut y recourir, ce qui est préférable, à moins de formelle contre-indication, une ou deux saignées d'environ trois palettes suffisent.

Laissant maintenant de côté les cas *extrêmement* légers, ou *extrêmement* graves, voyons quelle a été la dose moyenne de sang que nous avons enlevée, et quel a été l'espace de temps durant lequel elle a été retirée, dans les cas de moyenne intensité ou d'intensité considérable sans être néanmoins extrême.

Première catégorie, comprenant les cas de moyenne intensité. Cinq saignées tant générales que locales, de trois à quatre palettes, ou quatre livres et demie environ de sang en quarante-huit heures.

Seconde catégorie, comprenant les cas de gravité plus que

(1) Même dans ces cas extrêmes, nous n'avons jamais dû retirer 12 livres de sang, ainsi que M. Chomel dit l'avoir fait, sans néanmoins arrêter le cours de la maladie, *qui ne sembla se terminer le vingt-cinquième jour que pour revenir ou bout de quelques jours et se prolonger encore pendant une quinzaine* (*Lancette française*, 1er octobre 1835). Si les saignées eussent été pratiquées conformément aux préceptes que nous avons formulés, on eût enlevé moins de sang au malade et on l'aurait guéri plus promptement.

moyenne. Six à sept saignées tant générales que locales, de trois à quatre palettes, ou cinq à six livres environ de sang en trois à quatre jours.

Ces *moyennes* sont calculées sur environ soixante faits que nous avons recueillis exactement dans notre service.

Nous renvoyons à la seconde section de ce chapitre, pour les détails relatifs à chaque fait considéré individuellement : on y verra les modifications que la formule a pu subir suivant les conditions particulières à chaque malade.

S'il survient des récidives sérieuses, on est obligé de recourir encore à la saignée, quand les forces du malade le permettent, ainsi qu'il arrive le plus ordinairement. Mais il faut tenir un compte sévère des saignées déjà pratiquées. Si les récidives sont légères et les malades très affaiblis, on s'en tient aux moyens *adjuvans* dont nous parlerons plus bas.

Nous avons supposé les malades adultes et bien constitués. Quand il s'agit de sujets faibles, mal nourris, plus ou moins anémiés, nerveux, nous pratiquons des saignées moins copieuses et moins multipliées, et il peut même se trouver quelques cas où les conditions *individuelles* constituent des contre-indications tellement formelles aux émissions sanguines, que si nous ne pouvons nous en abstenir complètement, du moins nous ne les pratiquons plus selon la formule dont nous venons d'indiquer les *variantes* principales. Pour la manière de se conduire en pareils cas, heureusement exceptionnels, il ne faut rien moins qu'une prudence consommée.

Quant aux modifications que réclament l'âge des sujets et quelques autres circonstances qui ne sauraient être toutes précisées ici, on se guidera d'après les principes généraux que suggèrent cette prudence, cette habileté, ce *tact* médical dont la nature donne le principe, mais qui ne s'acquièrent pleinement que par une longue habitude clinique. Les faits particuliers rapportés plus loin seront d'ailleurs consultés avec fruit.

II. Les moyens *adjuvans* ou *auxiliaires* des émissions sanguines sont: les cataplasmes et plus tard, s'il y a lieu, les vésicatoires promenés sur les diverses articulations ; la compression modérée exercée sur ces mêmes articulations, quand la

résolution commence à s'opérer (ordinairement nous combinons ce moyen, dont nous nous sommes très bien trouvé, avec l'application de compresses enduites de cérat mercuriel ou trempées dans une solution astringente, telle que celle d'alun, sur les articulations soumises à la compression). On donne aux membres la position et l'attitude les plus propres à diminuer la douleur et à favoriser la résolution, le dégorgement des parties malades. L'opium à dose ordinaire soit intérieurement, soit endermiquement, la diète et les boissons délayantes, diaphorétiques, complètent la liste de nos principaux moyens adjuvans.

Dans les cas, tout-à-fait exceptionnels, où l'on serait condamné à renoncer aux émissions sanguines convenablement employées, la méthode dite expectante, ou plutôt les moyens que nous venons d'indiquer sous le titre d'*adjuvans* ou d'*auxiliaires,* seraient préférables à toutes les drogues et les recettes que l'empirisme le moins éclairé, ou même le charlatanisme le plus hardi ont préconisées dans tous les temps.

Les avantages de la pratique dont nous venons d'exposer les principaux élémens sont constatés, je le répète, par plus de sept années d'une laborieuse et attentive expérience. Déjà deux cents faits déposent hautement en faveur de cette pratique.

Récapitulons les trois grands résultats dont l'expérience a *clairement démontré* la réalité.

1° La nouvelle méthode réduit à *zéro* la mortalité, même dans les cas les plus graves, pourvu qu'elle puisse être employée à temps;

2° Elle prévient le passage de la maladie à l'état chronique, terminaison fâcheuse même lorsqu'elle n'a lieu que pour les articulations, mais très grave, et souvent mortelle au bout d'un temps plus ou moins long, quand elle a lieu également pour l'endocardite qui accompagne presque constamment les grands rhumatismes généralisés;

3° Elle abrège la durée du rhumatisme articulaire aigu intense; de telle sorte qu'elle n'est plus que d'un à deux septénaires, au lieu de six à huit, terme moyen.

Complétons maintenant ce qui vient d'être établi d'une ma-

nière générale par l'exposition de quelques résultats *statistiques*, dont les uns ont été déjà consignés dans mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire* (1836), ou dans le tome second de ma clinique médicale (1837), et dont les autres sont postérieurs à la publication de ces deux ouvrages.

Seize malades furent admis dans notre service pendant les cinq mois de clinique de l'année 1834.

La *moyenne* de la dose des émissions sanguines générales et locales, fut d'environ quatre à cinq livres.

La moyenne de la durée de la maladie jusqu'*à complète guérison* fut de dix-neuf jours (1).

A l'occasion de ces cas, et de huit autres rapportés dans le *traité clinique des maladies du cœur,* je disais : « Il est curieux et instructif de rapprocher de ces cas ceux dans lesquels la maladie fut traitée par les émissions sanguines à la manière ordinaire, ou par des moyens autres que la saignée. On n'insiste pas assez aujourd'hui sur cette *thérapeutique comparée.*

« Le sujet de l'observation trentième du *Traité clinique des maladies du cœur*, qui me fut communiquée par un jeune observateur d'un rare mérite, M. Fournet, était malade depuis *trois jours,* lorsqu'il fut reçu dans le service de notre honorable et savant confrère, M. le docteur Dalmas, le 27 juin. Depuis le 28 de ce mois jusqu'au 17 juillet suivant, il fut saigné cinq fois du bras (les quatre premières saignées de trois palettes chacune, furent pratiquées les 28, 29, 30 juin, 1er juillet, la cinquième, de deux palettes, le 9 juillet), et il eut soixante-quinze sangsues en quatre fois (2). Cependant, le 20 juillet, c'est-à-dire plus de trois semaines après le commencement du traitement, une péricardite coïncidant

(1) Dans le tableau de ces 16 cas, inséré dans mes *Nouvelles recherches*, j'eus bien soin de noter que nous n'y portions comme guéris que *les malades qui se levaient*, *marchaient et mangeaient le quart*, *la demie ou même les trois quarts.*

(2) Des vésicatoires, des purgatifs, le vin de Malaga, et des sinapismes furent aussi employés (le vin de Malaga fut prescrit pour combattre des phénomènes ataxiques.)

avec le rhumatisme articulaire existait encore à un haut degré, et le pouls était à 102. Le malade ne sortit que le 12 août, plus de quarante jours après son entrée, *n'étant pas encore entièrement revenu à son état normal* (1).

« Le sujet de la trente-et-unième observation de l'ouvrage indiqué, traité par moi d'après l'ancienne méthode, assez largement appliquée, ne commençait à entrer en convalescence qu'au bout de vingt jours, et, à sa sortie, le bruit de soufflet du cœur n'avait pas encore entièrement disparu (ce bruit existait antérieurement aux saignées, et se liait à une coïncidence d'endocardite).

« Le sujet de la trente-deuxième observation du même ouvrage, enfant de 12 ans, avait été admis dans le service de M. Baudelocque, deux jours après le début du rhumatisme articulaire. Traité par un purgatif et l'émétique à haute dose, il ne fut en état de sortir de l'hôpital que vers le vingt-cinquième jour. A cette époque, il existait encore *un bruit de soufflet dans la région précordiale* (on n'attribuera pas sans doute ce bruit-là aux émissions sanguines, puisqu'il n'en fut pas pratiqué), *la respiration devenait parfois gênée, et le plus léger écart de régime ramenait la diarrhée*.

« De la comparaison de ces faits avec ceux que nous recueillons journellement chez des rhumatisans traités par notre méthode, il faut nécessairement conclure que celle-ci ne peut, quant à présent du moins, être avantageusement remplacée par aucune autre méthode, sans en excepter celle dite *expectante*. Nous avons, au n° 4 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, un nouvel exemple de l'impuissance de cette dernière à-la-fois et de la toute-puissance au contraire de la formule des saignées coup sur coup. Un homme entre avec un rhumatisme articulaire *léger;* nous abandonnons la maladie à la *nature*, secondée par les bains, la diète et les émolliens. *Seize jours* s'écoulent sans que la guérison arrive. Bien plus : aux légers signes d'une endo-péricardite s'ajoutent les signes évidens d'un dou-

(1) Si la dose totale du sang enlevé dans ce cas en 12 jours, l'eût été dans les trois, quatre ou cinq premiers jours, il me semble probable que la convalescence eût commencé au bout du premier septénaire ou à-peu-près.

ble épanchement pleurétique. Alors, nous employons les émissions sanguines coup sur coup, et le malade, *au bout de sept à huit jours*, est en pleine convalescence. »

Sur vingt-sept cas de rhumatisme articulaire aigu rapportés dans ma clinique médicale, douze appartenaient à la catégorie du rhumatisme articulaire aigu généralisé intense, avec forte réaction fébrile.

Or, sous l'influence de notre formule, la durée *moyenne* de la maladie, à partir du premier jour du traitement jusqu'à la convalescence commençante, fut de 8 jours (1).

(1) La convalescence commence pour nous à l'époque où les articulations et le cœur, quand il est pris, sont dégagés de tout état inflammatoire notable, et la réaction fébrile tombée. A cette époque, nous commençons à donner du bouillon aux malades, jusque-là tenus à la diète absolue.

On va voir combien il importe de tout préciser, si l'on veut désormais éviter une foule de disputes aussi stériles qu'interminables.

Ceux qui ont interprété d'une manière si peu conforme à la vérité notre tableau de seize malades cité plus haut (Voyez le tom. II de notre *Clinique médicale*), ne manqueront pas sans doute de faire remarquer que, par une *incroyable* contradiction, nous fixons, dans un résumé de faits, la durée moyenne à dix-neuf jours, et dans tel autre résumé, à huit jours seulement, c'est-à-dire à un chiffre moindre de plus de moitié. Cependant cette contradiction est purement imaginaire : en effet, dans le résumé actuel, nous prenons pour un des termes de notre calcul l'époque de la convalescence commençante, tandis que dans le précédent résumé, nous avions substitué à ce dernier terme l'époque de la *guérison* confirmée, et nous avions eu bien soin d'en faire la remarque, afin que les lecteurs ne pussent pas s'y tromper.

Pour que la méprise fût encore plus impossible à commettre, nous avions expressément noté, à l'occasion de divers malades, qu'ils entraient *en convalescence* dès les 4e, 5e, 6e, 7e jours après l'entrée (*). Or il y a une notable

(*) Voici ce qu'on trouve dans nos *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire*, au paragraphe des *observations particulières :* le sujet de la XXXIIIe observation, malade depuis trois à quatre jours à son arrivée, ENTRAIT EN CONVALESCENCE LE 5e JOUR APRÈS CETTE ARRIVÉE (pag. 148).—Le sujet de l'observation Ire (pag. 152), malade depuis cinq à six jours à son arrivée, entrait en convalescence du 6e au 7e jour après cette arrivée. — Le sujet de l'observation IIe, malade depuis cinq jours à son arrivée, entrait en convalescence du 4e au 5e jour après cette arrivée (Ces trois malades avaient été, bien entendu, traités par la nouvelle formule des émissions sanguines).

La *moyenne* du nombre des saignées générales et locales, de 3 à 4 palettes, fut de 6 $\frac{1}{2}$; le *maximum* de 8, le *minimum* de 4.

La *moyenne* de la dose totale du sang enlevé fut de 19 palettes $\frac{1}{6}$ ou de 4 livres 12 onces $\frac{2}{3}$ (1);

Le *maximum*, de 27 pal. = 6 livres 12 onc.;

Le *minimum*, de 9 pal. = 2 liv. 4 onc.

La convalescence fut d'autant plus rapide, tout étant d'ailleurs égal, que la formule des saignées coup sur coup fut exécutée avec plus de précision et d'énergie. En effet, dans quatre cas, la formule n'ayant pas été aussi énergiquement appliquée que dans les huit autres, la durée moyenne fut de 12 jours $\frac{1}{4}$, tandis qu'elle ne fut que de 6 jours pour ces derniers.

La convalescence fut aussi d'autant plus prompte, tout étant encore égal d'ailleurs, que la méthode fut appliquée à une époque plus voisine du début.

L'*âge* moyen de la maladie, à l'entrée, était de 9 jours. Dans cinq de ces cas où cet âge moyen n'était que de 5 jours, la convalescence eut lieu du 6ᵉ au 7ᵉ jour, tandis que dans quatre autres cas où l'âge moyen de la maladie était de 7 jours $\frac{1}{4}$, la convalescence n'eut lieu que du 8ᵉ au 9ᵉ jour, toujours à compter du premier jour de traitement (2).

Prenons maintenant douze malades parmi ceux dont nous allons rapporter plus bas (voyez la seconde section de ce chapitre) les observations, non encore publiées, et choisissons-les de manière à ce qu'ils ressemblent, autant que possible,

différence entre un individu qui entre seulement en convalescence et *ceux qui mangent déjà le quart, la demie ou les trois quarts.*

(1) On voit que cette *moyenne* ne diffère pas sensiblement de celle fournie par l'analyse des seize cas de 1834, laquelle était d'environ 4 à 5 livres. Au reste, pour que la comparaison entre ces deux moyennes donnât des résultats plus égaux encore, il aurait fallu ne prendre pour base du calcul, dans les seize premiers cas comme dans les vingt-sept derniers, que ceux relatifs au rhumatisme articulaire aigu généralisé intense, avec forte réaction fébrile.

(2) Pour plus de détails, nous renvoyons au t. II de notre *Clinique médicale*, où ces observations ont été consignées.

aux douze dont les cas ont été analysés dans la clinique médicale. Ces nouvelles observations sont celles qui portent les numéros LXXV, LXXVII, LXXVIII, LXXIX, LXXX, LXXXI, LXXXII, LXXXIII, LXXXV, LXXXVI, LXXXVII et LXXXVIII.

Avant d'avoir fait sur elles les opérations auxquelles ont été soumises celles auxquelles nous les comparons, je ne crains pas d'affirmer que les résultats seront très approximativement les mêmes que dans ces dernières. C'est, au reste, ce que nous allons voir.

Le nombre total des saignées, de 3 à 4 palettes, chez nos douze nouveaux malades est de 74, ce qui donne une *moyenne* de 6 saignées $\frac{1}{6}$.

La *moyenne* précédente était de 6 saignées $\frac{1}{2}$, c'est-à-dire très sensiblement la même.

Le *maximum* des saignées fut de 8 et le *minimum* de 4, absolument comme chez les précédens malades.

La quantité totale du sang retiré à nos douze nouveaux malades fut de 227 palettes $\frac{1}{2}$ ou de 56 livres 14 onces.

La *moyenne* est par conséquent de 19 palettes ou de 4 livres 11 onces.

Or, la *moyenne* précédente était de 19 palettes $\frac{1}{6}$ ou de 4 livres 12 onces $\frac{1}{3}$, c'est-à-dire presque exactement la même.

Dans les douze nouveaux cas, je trouve que la durée *moyenne* de la maladie, à partir du premier jour du traitement jusqu'à la convalescence commençante, fut de 6 à 7 jours.

Dans les douze autres cas elle avait été de 8 jours.

Enfin, dans ces douze nouveaux cas comme dans les précédens, la convalescence fut d'autant plus prompte que, tout étant égal d'ailleurs, la maladie était plus récente au moment où le traitement fut appliqué.

Ainsi donc, les calculs précédens confirment, avec toute la précision qu'on a droit d'attendre en pareille matière, ce que nous avions annoncé d'avance.

Je le répète pour la dernière fois, en égalisant les cas autant que faire se peut, et en appliquant exactement notre méthode, on obtient constamment des résultats qui ne diffèrent pas notablement les uns des autres.

II. *Attaques dirigées contre la nouvelle formule des émissions sanguines.*

Voici ce que je disais de la nouvelle formule des saignées, principal élément de notre méthode, dans un passage déjà cité de mes *Nouvelles recherches sur le rhumatisme,* etc. : « Les succès qu'on en retire sont tels, qu'on n'y peut réellement ajouter foi qu'après les avoir vus. Je ne suis donc point surpris du *doute philosophique* de quelques personnes. Mais ce qui me paraît singulier et fort peu philosophique, c'est de voir nier formellement des résultats dont on n'a pas voulu s'assurer par sa propre expérience ou par celle des autres. »

Quelques lecteurs s'imagineront peut-être, dans leur simplicité, que la méthode dont je signale les succès n'a pu être l'objet des dénégations auxquelles le passage précédent fait allusion. Ces dénégations étaient pourtant bien réelles ; mais elles pâlissent en quelque sorte en présence d'attaques plus récentes. En effet, dans les *Leçons* de M. Chomel *sur le rhumatisme,* on déclare que notre méthode prolonge la durée du rhumatisme au-delà de son terme naturel, qu'elle est encore plus capable de juguler le malade que la maladie, que notre prétention mérite moins d'être prise en considération que celle d'un médecin, d'un *charlatan même* qui viendrait avec une drogue jusqu'alors inconnue dire : Voilà le spécifique du rhumatisme ! etc., etc.

J'entends déjà les lecteurs se récrier avec une sorte de scandale, et dire qu'une attaque de ce genre ne saurait se trouver dans l'ouvrage cité. Qu'ils se désabusent donc en lisant le passage suivant littéralement extrait des *Leçons sur le rhumatisme* (pag. 286 à 297), et que nous livrons sans commentaire à leur esprit de justice.

Partant d'un calcul établi sur des données dont nous avons relevé ailleurs l'inexactitude (1), on conclut que *la durée de la maladie a été plutôt prolongée que raccourcie par cette large soustraction de sang, dont la dose moyenne est*

(1) Voyez le t. II de notre *Clinique médicale,* chapitre du rhumatisme.

évaluée par M. Bouillaud à quatre à cinq livres, et que ce ne serait point une accusation par trop téméraire ni par trop invraisemblable, que d'imputer aux saignées répétées coup sur coup la prolongation de la maladie au-delà de son terme naturel, à raison de cette énorme déperdition de sang, qui ôte à la nature les forces nécessaires pour opérer la résolution, et qui paraît aussi, ajoute-t-on, *amener ces bruits de soufflet, de scie et de lime, plus probablement dus à l'état d'anémie générale, qu'à l'existence problématique d'une endocardite....*

« Qu'un médecin, *un charlatan même,* vienne avec une « drogue jusqu'alors inconnue et dise : Voilà le spécifique du « rhumatisme et de la goutte ! On peut, sans doute, se méfier « de son assertion ; il y a plus, on le doit ; tant d'illusions ou « de mensonges en ce genre ont jusqu'à présent levé des tributs « sur les malades ! Toutefois, on ne saurait nier absolument la « vertu du prétendu spécifique, jusqu'à tant que l'expérience « ait prononcé ; car il n'est pas impossible qu'un tel remède « soit un jour découvert.

« Mais que l'on prétende établir une médication spécifique, « jugulante et infaillible, avec des moyens depuis long-temps « connus et éprouvés, avec des moyens qui sont avantageux, « sans doute, dans une certaine mesure, mais qui n'ont, ni « l'un ni l'autre, une efficacité constante et immanquable, « qui abattent souvent le malade plutôt que la maladie, et qui, « poussés à l'excès, sont encore plus capables de *juguler* ce-« lui-là que celle-ci ; c'est là, ce nous semble, une prétention « singulière et bizarre, que les hommes instruits et expéri-« mentés sont en droit de rejeter comme chose déjà jugée, « et, pour ainsi dire, par fin de non-recevoir, même avant « l'examen des faits sur lesquels *elle est soi-disant ap-« puyée.*

« Nous ne nous attacherions donc pas à réfuter longuement « et dans toutes les règles cette hérésie médicale, si elle n'avait « actuellement acquis une certaine importance. Mais, produite « aujourd'hui, du haut de la chaire professorale, avec les pres-« tiges d'une parole savante et passionnée, elle menace d'égarer « beaucoup de jeunes esprits ; car l'enthousiasme du maître

« est contagieux.... C'est donc pour nous un devoir que de « mettre la vérité dans tout son jour sur le point qui nous « occupe, ne dussions-nous épargner qu'à un petit nombre « des élèves de M. Bouillaud les désappointemens cruels et « les tardives désillusions de l'expérience personnelle. »

Eh bien! lecteurs incrédules, qu'en dites-vous?

III. *Les constitutions médicales influent-elles sur l'emploi de la nouvelle formule?*

Quelques observateurs, dont les noms sont sans doute fort respectables, mais dont l'autorité n'est pas infaillible, ont prétendu que le traitement du rhumatisme articulaire aigu, comme celui d'autres maladies, devait être essentiellement différent, selon le règne de telle ou telle constitution médicale.

Stoll et de Mertens, par exemple, déclarent que la saignée, indiquée sous l'empire de telle constitution médicale, cesse de l'être et devient nuisible si on l'emploie sous l'empire de telle autre constitution médicale. Mais on cherche vainement dans les œuvres de ces praticiens les preuves positives, certaines de leurs assertions. Or, sommes-nous donc encore à l'époque où le *magister dixit* était la loi suprême? Combien de circonstances autres que la constitution médicale ne peuvent-elles pas avoir influé sur la différence des résultats que Stoll, de Mertens, etc., ont pu obtenir de l'emploi de la saignée, selon les diverses époques de leur pratique? Comment voulez-vous que nous puissions juger de la valeur réelle de leur doctrine, lorsqu'ils ne rapportent point, avec les détails suffisans, les faits qu'ils ont observés et qu'ils se bornent, le plus souvent, à de simples assertions? Est-ce ainsi qu'il convient aujourd'hui de procéder en matière de clinique, quand on apporte dans son étude un esprit d'exactitude? Faut-il donc renoncer au droit de libre examen, et le *doute philosophique* n'est-il plus permis, parce qu'il s'agit de Stoll ou de tout autre observateur illustre des temps passés et non d'un observateur contemporain?

Dans un passage des *Leçons sur le rhumatisme*, déjà cité

par nous, on adopte, sur parole et sans le moindre examen, ces assertions purement *hypothétiques* de Stoll et de de Mertens, savoir qu'*en tel temps la saignée, qu'ils avaient, eux aussi, employée maintes fois avec grand succès, demeure inefficace, et qu'en son lieu et place les véritables moyens de guérison furent, ici les émétiques, là les bains sulfureux.* Puis on s'écrie :

« Que penser maintenant, d'autre part, de ces observateurs « impatiens et fougueux, qui, d'après leur expérience indivi- « duelle de quelques années, bâclent une loi pathologique, « promulguent une charte invariable de traitement, et sou- « rient dédaigneusement au nom de constitution médicale? »

La réponse à cette déclamation est bien simple. Il faut examiner, avec une impartialité scrupuleuse, avec une religieuse attention, les faits et les raisons de ceux qui soumettent au jugement du public éclairé une loi pathologique et une méthode thérapeutique nouvelles. Alors, on peut parler ou écrire en connaissance de cause. Mais que prouvent d'éternelles amplifications de collège, et des sarcasmes plus ou moins injurieux ?

Quant à nous qui, depuis vingt-cinq ans bientôt, avons passé notre vie au lit des malades, et qui, depuis huit ans en particulier que nous sommes chargé d'un enseignement clinique, n'avons rien négligé pour bien étudier la fameuse question des constitutions médicales comme tant d'autres, nous n'avons rien à ajouter ici à ce que nous en avons dit dans notre *Clinique médicale,* en la considérant sous un point de vue général. Revenant maintenant à la question spéciale qui fait l'objet de ce paragraphe, nous déclarons, avec la plus grande sincérité et d'un esprit dégagé de tout préjugé systématique, que depuis environ huit ans, soit que la constitution médicale n'ait pas varié, soit qu'il en ait été autrement, toutes les autres circonstances étant les mêmes chez nos rhumatisans, nous avons, à toutes les époques, obtenu des résultats sensiblement les mêmes de la méthode que nous avons formulée plus haut.

On ne nous apprend point non plus, dans les *Leçons sur le rhumatisme,* si, depuis une trentaine d'années qu'il est attaché aux hôpitaux, M. Chomel a changé de fond en comble son

système de traitement selon les diverses *constitutions médicales régnantes*, et quelles sont les *épidémies rhumatismales* qu'il a guéries, les unes par la saignée, les autres par les émétiques, les autres par les bains sulfureux, etc.

Quand on pense, d'ailleurs, que ceux qui, par une superstition d'un nouveau genre, croient ainsi à cette sorte d'*astrologie médicale* qu'on décore du nom de constitutions médicales, sont précisément les mêmes qui nient des vérités dont on leur donne journellement les plus évidentes démonstrations, peut-on s'empêcher de gémir sur les misères de notre nature?

ARTICLE SECOND.

Rhumatisme articulaire chronique.

Lorsque l'arthrite rhumatismale se présente primitivement et comme d'emblée sous la forme lente ou chronique, il convient de lui opposer un traitement à-peu-près semblable à celui que nous avons indiqué, en parlant du rhumatisme articulaire aigu *extrêmement* léger.

Dans les cas où le rhumatisme articulaire chronique n'est, au contraire, qu'une terminaison du rhumatisme articulaire aigu, ce qui n'arrive, dans l'immense majorité des cas, que par suite du traitement trop peu énergique dirigé contre celui-ci, il ne faut pas se dissimuler que ces cas sont graves et embarrassans. En effet, non-seulement il s'agit alors de l'affection des articulations, mais aussi le plus souvent de ces affections intérieures dont nous avons déjà parlé, et sur lesquelles nous ne devons pas revenir ici d'une manière détaillée. Quelquefois même, l'affection des articulations a cessé, et il ne reste plus que ces affections, et, si j'ose le dire, ces arthrites rhumatismales intérieures. C'est ici qu'il faut donc rappeler encore la puissance suprême de la méthode que nous avons recommandée, méthode énergique, sans doute, mais hors laquelle il n'y a réellement pas de véritable salut pour les malades; et si quelque chose était bien propre à enhardir les esprits par trop pusillanimes, ce serait de considérer, comme je l'ai si souvent montré aux élèves, que chez les individus atteints

ainsi d'une phlegmasie chronique pour n'avoir pas été suffisamment saignés ou même ne pas l'avoir été du tout, l'épuisement des forces et l'émaciation étaient incomparablement plus prononcés que chez les individus convenablement saignés. Cette considération est de la dernière importance pratique, car l'une des objections les plus fondées, *en apparence,* qu'on ait élevées contre notre mode de traitement, c'est d'entraîner un *affaiblissement qui éternise la convalescence, et prédispose singulièrement aux rechutes.*

Rien, au contraire, n'entraîne un affaiblissement plus vrai, plus radical, plus profond, que la prolongation indéfinie d'une maladie aiguë, tandis que l'affaiblissement qui suit les émissions sanguines bien employées n'est que temporaire, accidentel et facile à dissiper sous l'influence d'un régime convenable. Sans doute, il vaudrait beaucoup mieux pouvoir guérir les malades sans leur tirer du sang, comme par l'homœopathie ou le magnétisme, par exemple; mais le temps des miracles est passé, et aujourd'hui *on ne fait rien avec rien.*

Quoi qu'il en soit, revenant à notre objet, nous dirons que dans le rhumatisme articulaire chronique succédant à l'aigu, il faut être généralement assez sobre des émissions sanguines, sans y renoncer absolument toutefois, tant que l'état des forces du malade ne s'y oppose pas formellement. Mais il faut insister sur les vésicatoires, les cautères, les moxas appliqués autour des articulations affectées, les préparations opiacées, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, la compression bien exercée, administrer les bains simples ou de vapeurs, les bains sulfureux, soit naturels, soit artificiels, etc.

Les diverses *lésions organiques* des articulations survenues à la suite du rhumatisme articulaire chronique sont au-dessus des ressources de la médecine proprement dite. Ce n'est pas à nous qu'il appartient de faire connaître les moyens purement chirurgicaux qui peuvent convenir à quelques-unes de ces lésions.

Nous terminons ainsi ce que nous avions à dire du traitement du rhumatisme articulaire.

Si l'on nous accusait maintenant d'avoir réduit ce traite-

ment à un trop grand degré de simplicité, nous répondrions par ce passage de Sydenham : *Si quis hanc methodum tanquam rudiorem et artis laude carentem contempserit, sciat is velim, primo leviora tantum ingenia res quaslibet vilipendere, quod simplices fuerint et apertæ, dein me, imminutæ existimationis prætio, publico hominum bono inservire paratissimum.*

SECONDE SECTION.

RELATION ET CATÉGORISATION DE CINQUANTE-DEUX CAS NOUVEAUX DE RHUMATISME ARTICULAIRE, QUI DÉPOSENT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT EN FAVEUR DE LA MÉTHODE DE TRAITEMENT FORMULÉE PAR L'AUTEUR DE CET OUVRAGE (1).

Considérations préliminaires sur la nécessité de bien catégoriser les cas.

Je dois rappeler ici une vérité sur laquelle j'ai beaucoup insisté dans ma *Clinique médicale*, savoir, que s'il est une science dont les faits exigent impérieusement d'être distingués en diverses catégories, c'est assurément la médecine. Le vrai clinicien doit donc être, qu'on me passe cette expression, un habile et sévère casuiste. Mais la détermination précise des cas, leur catégorisation exacte et consciencieuse, comme je l'ai déjà dit au chapitre premier de cet ouvrage, est une œuvre aussi délicate que longue et laborieuse. Il ne faut

(1) A l'époque où je publiai le troisième volume de ma *Clinique médicale* (1837), le nombre des observations de rhumatisme articulaire recueillies dans notre service, depuis que la nouvelle formule des émissions sanguines y est en vigueur, s'élevait déjà à 150. En ajoutant à ces observations les 52 qui vont être rapportées, nous obtenons un total de 202. Un seul cas s'est terminé par la mort ; mais le sujet de ce cas était un malheureux rachitique, chez lequel la nouvelle formule ne fut pas exactement appliquée.

Il me semble que l'on doit ajouter quelque confiance à des assertions rigoureusement déduites de l'analyse d'une masse aussi imposante de faits, recueillis dans tous leurs détails sous les yeux de plusieurs confrères et d'un grand nombre d'élèves.

donc point s'étonner si jusqu'à présent les auteurs l'ont à-peu-près entièrement négligée. Il est pourtant impossible de s'entendre dans les discussions médicales, si l'on ne prend pas soin de bien préciser, de spécifier clairement les cas. En effet, comme les cas relatifs à une seule et même maladie diffèrent beaucoup selon un grand nombre de circonstances, n'est-il pas évident que telle proposition vraie par rapport à quelques-uns de ces cas, ne le sera plus par rapport à d'autres? Il est vrai de dire, par exemple, que dans presque tous les cas d'un violent rhumatisme articulaire aigu, le cœur se trouve *pris* à un degré plus ou moins prononcé, tandis que la même proposition appliquée aux cas de rhumatisme articulaire aigu, léger, serait d'une insigne inexactitude. Et pour rentrer dans le sujet qui nous occupe spécialement dans ce chapitre, n'est-il pas clair comme le jour que le précepte de tirer quatre à cinq livres de sang dans un espace de deux à trois jours à un individu atteint d'un rhumatisme articulaire, excellent, ainsi que nous l'avons démontré précédemment, s'il s'agissait d'un rhumatisme articulaire intense chez un individu bien constitué, dans la force de l'âge, serait éminemment condamnable, s'il s'agissait, au contraire, d'un rhumatisme articulaire peu intense chez un individu d'une constitution chétive, et qui d'ailleurs n'aurait pas atteint l'âge de son entier développement, ou bien serait déjà parvenu à un âge très avancé, etc., etc.?

Sans doute, sous quelque rapport qu'on veuille étudier exactement une maladie, la catégorisation des cas qu'on a recueillis sur elle, est de la dernière nécessité; mais on peut dire néanmoins que jamais cette nécessité ne se fait sentir avec plus de force que quand il s'agit du point de vue thérapeutique.

Bien pénétré de cette grande vérité, j'ai classé les observations qui vont être rapportées de la manière suivante :

Dans une première série se trouvent les cas relatifs au rhumatisme articulaire aigu. Une seconde série contient ceux appartenant au rhumatisme articulaire chronique.

Les cas de la première série, ceux qui nous intéressent le plus, ont été partagés en deux groupes qui renferment : le

premier, les cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé; le second, ceux de rhumatisme articulaire localisé sur un petit nombre d'articulations ou même sur une seule. De plus, les cas du premier groupe ont été divisés en trois catégories, fondées sur les degrés divers d'intensité ou de gravité de la forme de rhumatisme articulaire aigu dont ils sont des exemples, catégorisation que nous aurions d'ailleurs appliquée à l'autre forme de rhumatisme si les cas qui la concernent eussent été suffisamment nombreux.

Nous avons eu soin aussi de tenir compte de toutes les autres circonstances qui établissent des différences entre les divers cas, telles que les complications, le sexe, l'âge, la constitution, la profession des sujets, etc., etc. Mais les faits que renferme ce chapitre ne sont pas en assez grand nombre pour que nous ayons dû établir sur ces particularités de nouvelles catégories. En les réunissant à d'autres, ils pourront plus tard être utilisés sous ces derniers rapports.

PREMIÈRE SÉRIE. — Cas de rhumatisme articulaire aigu.

Ces cas sont au nombre de quarante-quatre. Un de ces cas était à son déclin au moment de l'entrée, et ne doit en quelque sorte figurer ici que pour mémoire.

PREMIER GROUPE. — *Cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé.*

§ 1er. *Coup-d'œil analytique et comparatif; résumé général et statistique.*

Ce groupe contient trente-neuf cas. Comme les trois derniers sont relatifs à des sujets déjà atteints de *lésions organiques* du cœur consécutives à d'anciennes attaques de rhumatisme articulaire, nous les laisserons à part, et nous ne nous occuperons que de l'analyse des trente-six premiers. Ces trente-six cas ont été partagés en trois catégories, relatives à leurs degrés divers d'intensité et de gravité.

I. *Sexe des sujets.* Le nombre des hommes est de vingt-neuf et celui des femmes de sept; par conséquent le nombre des premiers est au nombre des secondes :: 4 et une fraction : 1. Mais il faut savoir que, dans notre service, la salle

des hommes compte vingt-six lits, tandis que celle des femmes n'en compte que quatorze, en sorte que la proportion :: 4 : 1, peut être remplacée par celle-ci : :: 2 : 1.

Au reste, le nombre des cas que nous analysons ici, n'est pas assez grand pour que nous en tirions une conclusion générale relativement à la fréquence comparative du rhumatisme articulaire aigu généralisé dans les deux sexes. C'est un simple document à consulter sur ce point que nous offrons au lecteur.

II. *Age des sujets.* Vingt-quatre ou les deux tiers de nos malades étaient âgés de quinze à vingt-cinq ans; huit, de vingt-cinq à trente-cinq; trois de trente-cinq à quarante-cinq; un de quarante-huit.

III. *Constitution*, *tempérament*, *force*. Nous renvoyons pour les détails aux observations particulières. Mais nous devons noter ici que trente de nos trente-six malades offraient la disposition constitutionnelle que j'ai signalée, d'une manière générale, en traitant de la prédisposition et des causes prédisposantes du rhumatisme articulaire. Ils étaient d'un tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin, avaient les cheveux blonds ou châtains, la peau fine, mince, blanche.

IV. *Nombre des cas graves, moyens et légers.* La catégorie des cas graves ou intenses se compose de six; celle des cas moyens, de vingt-deux, et celle des cas légers, de huit. Les huit derniers cas de la seconde catégorie tiennent presque autant aux cas légers qu'aux cas moyens, ce qui nous les a fait désigner sous le titre de cas *à peine moyens*.

V. *Mortalité, passage à l'état chronique.* Aucun cas ne s'est terminé par la mort; aucun n'est passé de l'état aigu à l'état chronique.

VI. *Nombre de cas dans lesquels il s'est rencontré une coïncidence d'inflammation plus ou moins prononcée du cœur avec le rhumatisme articulaire.* Parmi les vingt-huit sujets des deux premières catégories, on en compte vingt-et-un chez lesquels existaient les signes d'une endocardite ou d'une endo-péricardite plus ou moins bien caractérisée. Cette coïncidence se rencontrait dans les six cas de la première ca-

tégorie (cas graves ou intenses), parfaitement caractérisée quatre fois, légère une fois, un peu douteuse une fois. Dans les quatorze premiers cas ou les plus intenses de la seconde catégorie, la coïncidence eut également lieu, bien caractérisée cinq fois, légère six fois, douteuse trois fois. Dans quatre des huit derniers cas de cette seconde catégorie, tenant à-la-fois et des cas moyens et des cas légers, on observa la coïncidence, légère chez trois malades, douteuse chez le quatrième; dans les quatre autres cas, la coïncidence fut nulle. Enfin, dans les huit cas de la troisième catégorie (cas légers), on en trouve sept sans coïncidence d'endocardite ou de péricardite, plus un cas douteux.

Cette nouvelle série de faits confirme donc, de la manière la plus positive, les résultats que les faits antérieurs nous avaient fournis.

Dans un cas, une aortite nous parut exister en même temps que l'endocardite rhumatismale.

Dans un autre cas, une endocardite et une pleurésie coïncidaient à-la-fois avec le rhumatisme articulaire.

VII. *Nombre et proportion des saignées générales et locales; dose totale, moyenne, maximum et minimum du sang retiré à nos 36 malades.* 136 saignées (de 3 à 4 palettes pour la plupart), savoir, 95 générales et 41 locales ont été pratiquées dans les trente-six cas que nous résumons.

Le nombre des saignées générales est donc à celui des saignées locales :: 95 : 41, c'est-à-dire un peu plus que double.

Les 136 saignées ont fourni 423 palettes 1/2 ou 106 livres 2 onces de sang.

MOYENNE *des saignées générales et locales :* $\frac{136}{36}$ = 3 saig. $\frac{14}{17}$ ou 4 saignées environ.

MOYENNE *de la dose du sang :* $\frac{\text{423 pal. 1/2}}{36}$ ou $\frac{\text{106 liv. 2 onces}}{36}$ = 11 pal. $\frac{27}{36}$ ou 3 livres 4 onces $\frac{1}{6}$.

MAXIMUM : 6 livres 6 onces.

MINIMUM : — 8 onces.

VIII. *Moyenne de l'espace de temps dans lequel les saignées générales et locales ont été pratiquées.* Cette moyenne est de $\frac{72}{36}$ jours ou de 2 à 3 jours.

IX. *Moyenne de la durée de la maladie à compter du premier jour des émissions sanguines jusqu'à la convalescence commençante.* Cette moyenne est de $\frac{187 \text{ jours}}{36}$ c'est-à-dire de 5 à 6 jours (1).

X. *Parallèle des trois catégories de cas considérés sous le rapport des résultats des émissions sanguines.*

PREMIÈRE CATÉGORIE.

38 saignées générales et locales, savoir : 27 générales et 11 locales, ont été pratiquées chez les six malades de cette catégorie (cas graves).

Ainsi dans cette catégorie prise à part, comme dans les trois catégories prises ensemble, le nombre des saignées générales a été plus que double de celui des saignées locales.

Les 38 saignées générales et locales ont fourni 127 palettes 1/2 ou 31 livres 14 onces de sang.

Moyenne du nombre des saignées générales et locales $\frac{38}{6} = 6\frac{1}{3}$.

Moyenne de la dose du sang : $\frac{127 \text{ pal. } 1/2}{6}$ ou $\frac{31 \text{ liv. } 14 \text{ onces}}{6}$ = 21 pal. et une fraction ou 5 liv. 5 onces.

Cette moyenne particulière l'emporte donc d'un peu plus de deux livres sur la moyenne générale indiquée plus haut (3 liv. 4 onc. $\frac{1}{6}$).

Maximum : 6 livres 6 onces (celui déjà indiqué plus haut).

Minimum : 3 livres 14 onces (le minimum des cas pris ensemble était de 8 onces).

Moyenne de l'espace de temps dans lequel les saignées générales et locales ont été pratiquées. Cette moyenne est

(1) Cinq à six de nos malades ont éprouvé des recrudescences ou des récidives, dont certaines ont exigé quelques nouvelles émissions sanguines. Pour ne pas compliquer nos calculs, j'ai fait abstraction de ces *accidens* dans tout ce qui précède. On trouvera tous les détails qui s'y rapportent dans les observations particulières. Ajoutons seulement ici que ces recrudescences ou ces récidives, ont promptement cédé aux moyens que nous leur avons opposés.

de $\frac{22 \text{ jours}}{6}$ ou de 3 jours 1/3, c'est-à-dire d'environ 1 jour de plus que la moyenne générale.

Moyenne de la durée de la maladie à compter du premier jour des émissions sanguines jusqu'à la convalescence commençante. Cette moyenne est de $\frac{36 \text{ jours}}{6}$ ou de 6 jours, c'est-à-dire qu'elle dépasse à peine d'un jour la moyenne générale, comme si l'énergie du traitement eût compensé en grande partie l'augmentation de temps que semblait exiger la violence et l'intensité de la maladie dans la catégorie de cas que nous examinons.

SECONDE CATÉGORIE.

A. 64 saignées générales et locales, savoir : 43 générales et 21 locales, ont été pratiquées chez les quatorze premiers malades de cette catégorie.

Dans ces cas, le nombre des saignées générales a été à-peu-près exactement double de celui des locales.

Les 64 saignées générales et locales ont fourni 196 palettes 1/2 ou 49 livres 6 onces de sang.

Moyenne du nombre des saignées générales et locales : $\frac{64}{14}$ 4 saig. $\frac{4}{7}$.

Moyenne de la dose du sang : $\frac{196 \text{ pal. } 1/2}{14}$ ou $\frac{49 \text{ liv. } 6 \text{ onces}}{14}$ = 14 palettes et une fraction ou 3 liv. 8 onces $\frac{3}{7}$.

Cette moyenne est de 1 livre 13 onces environ moindre que celle des cas graves, et l'emporte de 4 onces environ sur la moyenne *générale*.

Maximum. 18 palettes ou 4 livres 8 onces, par conséquent de 1 livre 14 onces moindre que celui des cas graves.

Minimum. 10 palettes ou 2 livres 8 onces, c'est-à-dire de 1 livre 6 onces moindre que celui des cas graves.

Moyenne de l'espace de temps dans lequel les saignées générales et locales ont été pratiquées. Cette moyenne est de $\frac{37 \text{ jours}}{14}$ = 2 jours $\frac{2}{14}$, c'est-à-dire d'environ deux jours et demi. Elle est donc d'un peu moins d'un jour inférieure à celle des cas de la précédente catégorie.

Moyenne de la durée de la maladie à compter du pre-

mier jour des émissions sanguines jusqu'à la convalescence commençante. Cette moyenne est de $\frac{83 \text{ jours}}{14}$ = 5 jours $\frac{13}{14}$ ou de 6 jours très approximativement. Par conséquent, elle n'est que d'un quatorzième de jour inférieure à celle des cas de la précédente catégorie. Elle s'en rapproche donc plus que la moyenne générale, ce qui est *rationnel.*

B. 23 saignées générales et locales, savoir : 16 générales et 7 locales ont été pratiquées dans les huit derniers cas de la seconde catégorie (cas intermédiaires aux moyens proprement dits et aux légers).

Dans ces cas, comme dans les précédens, le nombre des saignées générales a été à-peu-près exactement double de celui des saignées locales.

Les 23 saignées ont fourni 64 palettes 1/2 ou 16 livres 2 onces de sang.

Moyenne du nombre des saignées : $\frac{23 \text{ saign.}}{8}$ = 3 $\frac{1}{4}$.

Moyenne de la dose du sang : $\frac{64 \text{ pal. } 1/2}{8}$ ou $\frac{16 \text{ liv. } 2 \text{ onces}}{8}$ = 8 palettes et une fraction ou 2 livres 2 gros, moyenne inférieure de 1 livre 8 onces à la précédente.

Maximum. 10 palettes ou 2 livres 8 onces. Ce maximum est exactement égal au minimum des cas précédens, ou des quatorze premiers de la catégorie que nous étudions.

Minimum. 2 palettes ou 8 onces (il faut noter que le sujet était chloro-anémique, d'un tempérament lymphatique, et que partant, il ne comportait guère l'emploi des émissions sanguines).

Laissons maintenant de côté les huit derniers cas de la seconde catégorie pour passer à ceux de la troisième, avec lesquels ils tendent à se confondre sous le double rapport de l'espace de temps pendant lequel les saignées ont été pratiquées, et de la durée moyenne de la maladie, comme d'ailleurs, sous les autres rapports.

TROISIEME CATÉGORIE.

11 saignées générales et locales, savoir : 9 saignées générales, et 2 saignées locales ont été pratiquées chez les huit malades de cette catégorie (cas légers).

Dans ces cas, le nombre des saignées générales est quintuple de celui des saignées locales.

Les 11 saignées ont fourni 35 palettes ou 8 livres 12 onces de sang.

Moyenne du nombre des saignées : $\frac{11 \text{ saign.}}{8} = 1$ saign. $\frac{3}{8}$.

Moyenne de la dose du sang : $\frac{35 \text{ pal.}}{8}$ ou $\frac{8 \text{ liv. } 12 \text{ onc.}}{8} = 4$ pal. $\frac{3}{8}$ ou 1 liv. 1 onc. 1/2.

Cette moyenne est inférieure de 2 livres 7 onces à celle des vrais cas moyens et de près de 1 livre à celle des cas intermédiaires aux cas moyens et aux cas légers.

Maximum. 8 palettes ou 2 livres, c'est-à-dire de 2 livres 8 onces inférieur à celui des cas moyens, et de 8 onces à celui des cas intermédiaires à ces derniers et aux légers.

Minimum. 3 palettes ou 12 onces. Ce minimum est de 1 livre 12 onces inférieur à celui des cas moyens.

C'est par *exception* qu'il se trouve supérieur de 4 onces à celui des cas intermédiaires aux moyens et aux légers. En effet, si le sujet qui a fourni le minimum de ces derniers cas n'eût pas été chloro-anémique, l'exception ci-dessus n'existerait pas, et le résultat serait inverse de celui que nous venons de noter.

Moyenne de l'espace de temps dans lequel les saignées générales et locales ont été pratiquées. Cette moyenne est de $\frac{8 \text{ jours}}{8}$ c'est-à-dire exactement d'un jour.

Moyenne de la durée de la maladie à compter du jour des émissions sanguines jusqu'à la convalescence commençante. Cette moyenne est de $\frac{32}{8}$ ou de 4 jours. Elle est donc de deux jours ou d'un tiers moindre que celle des deux précédentes catégories.

Un grand intérêt, si je ne me trompe, doit s'attacher aux calculs statistiques qui viennent d'être mis sous les yeux des lecteurs. Ils concourent à prouver, de la manière la plus heureuse à-la-fois et la plus éclatante, les principes et les lois développés dans le cours de ce *traité*. Et qu'on n'oublie pas, d'ailleurs, que la série de cas étudiés par nous en ce moment, ayant été recueillie à une époque où nous avions déjà posé et formulé les lois et les principes dont nous voulons parler, nous

avions, en les recueillant, prévu tous les résultats ci-dessus détaillés. Certes, on aura beau faire et beau dire, ce n'est pas un vain mot que la clinique exacte. C'est peut-être aussi quelque chose que d'avoir ainsi, à l'occasion d'une des maladies les plus rebelles, et, sous presque tous les rapports, les plus désespérantes de celles que contient le cadre nosologique, montré par des chiffres exacts, tirés d'observations également exactes, la toute-puissance d'une nouvelle formule de traitement.

Toutefois, pour que rien ne manque à la certitude comme à l'importance des résultats que nous venons de faire connaître, il nous reste à examiner : 1° si la promptitude de la convalescence chez nos malades ne tiendrait pas, non à la méthode par nous employée, mais bien à ce que la maladie était sur son déclin à l'époque où nous avons commencé le traitement ; 2° si la méthode dont il s'agit ne prolonge point la convalescence au-delà du terme ordinaire et partant le séjour des malades à l'hôpital.

Pour résoudre cette double objection, invoquons encore le secours de la statistique bien faite, bien éclairée.

1° *Age moyen de la maladie à l'époque de l'entrée des malades, influence de cette circonstance sur la durée de la maladie à compter du jour où le traitement a été commencé jusqu'à la convalescence commençante.* Parmi les trente-six cas compris dans nos trois catégories, il en est quatre que nous ne croyons pas devoir porter en ligne de compte, attendu que la maladie approchait de son déclin, lorsque les sujets entrèrent à l'hôpital (elle datait alors de trente jours chez trois et de trente-cinq chez un). Restent trente-deux cas.

L'âge moyen de la maladie dans ces trente-deux cas est de $\frac{174 \text{ jours}}{32}$ = 5 jours $\frac{5}{16}$ ou 5 jours $\frac{1}{4}$. Par conséquent, il est de toute impossibilité de rapporter la rapidité de la convalescence à ce que la maladie était à son déclin à l'époque où nous avons commencé le traitement, c'est-à-dire dès le jour même de l'entrée des malades.

Il y a bien plus : c'est que, toutes choses étant égales d'ailleurs, la promptitude de la convalescence a été en raison inverse du nombre des jours que la maladie comptait au mo-

ment de l'entrée des sujets, c'est-à-dire que ceux-là sont arrivés les premiers à la convalescence, qui étaient plus récemment atteints à l'époque de leur entrée. Prouvons encore cette assertion par des chiffres. Pour cela nous allons diviser nos malades en deux classes. La première comprendra ceux qui sont entrés du deuxième au cinquième jour inclusivement après le début, et la seconde ceux qui, à leur entrée comptaient de cinq à quinze jours à partir également du début.

La première classe se compose de quatorze cas et la seconde de dix-huit, chiffres qui réunis donnent bien notre total de trente-deux cas.

Moyenne de la durée à compter du jour de l'entrée ou du commencement du traitement jusqu'à la convalescence commençante, dans les quatorze cas de la première classe. Cette moyenne est de $\frac{71 \text{ jours}}{14}$ ou de cinq jours $\frac{1}{14}$, c'est-à-dire de cinq jours, car nous pouvons sans inconvénient supprimer la fraction.

Moyenne de la durée à compter du jour de l'entrée ou du commencement du traitement jusqu'à la convalescence commençante, *dans les dix-huit cas de la seconde classe.* Cette moyenne est de $\frac{108 \text{ jours}}{18}$ ou de six jours exactement.

Ainsi donc la durée moyenne de la maladie a été d'un jour de plus dans les cas où cette maladie datait de cinq à quinze jours au moment de l'entrée que dans ceux où elle ne datait que du deuxième au cinquième jour inclusivement. Par conséquent les trente-deux nouveaux cas que nous rapportons, d'accord avec ceux recueillis par nous antérieurement, et publiés en partie, soit dans le *Traité clinique des maladies du cœur,* soit dans les *Nouvelles recherches sur le rhumatisme,* soit dans la *Clinique médicale,* démontrent la vérité de l'assertion émise plus haut.

Pour plus de précision encore, ajoutons que des trois seuls malades qui soient arrivés le second jour après le début, deux entraient en convalescence le cinquième jour après l'arrivée, et le troisième, le sixième jour; que des six malades qui ont été admis le troisième jour après le début, trois entraient en convalescence du troisième au quatrième jour,

un le cinquième, un autre le sixième, le dernier enfin le septième jour après le commencement du traitement.

Je le demande, en présence de résultats aussi constans, qui sont tous les jours prévus et pour ainsi dire calculés par nous, est-il possible de révoquer en doute la puissance et l'exactitude de l'art ?

Passons maintenant à l'examen de la seconde question, ou, si l'on aime mieux, de la seconde objection.

2° *De la durée de la convalescence et du séjour à l'hôpital des malades traités par la nouvelle formule des émissions sanguines.* Pour ne pas multiplier inutilement les calculs, laissons de côté les cas légers auxquels ne s'applique point l'énergique méthode dont nous étudions consciencieusement et péniblement les effets thérapeutiques. Cette soustraction faite, il nous reste vingt cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé fébrile (*fièvre rhumatismale*), parmi lesquels nous en comptons six graves ou intenses et quatorze de moyenne intensité.

La *moyenne* de la durée du séjour de nos vingt malades à l'hôpital est de $\frac{521 \text{ jours}}{20} = 26$ jours $\frac{1}{20}$ ou 26 jours en négligeant la fraction.

Ce résultat n'est-il pas vraiment admirable? En effet, il montre que nos malades sont sortis de l'hôpital parfaitement rétablis, et déjà depuis plus d'une semaine pour la plupart, après un séjour dont la durée est réellement moindre que celle de la maladie à dater du jour de l'entrée jusqu'à celui de la convalescence commençante chez les sujets traités par les méthodes ordinaires ou dites *classiques.* Et quelle convalescence ensuite, quelle guérison que celles des malheureux qui ont essuyé une fièvre rhumatismale, qui les a retenus un mois et plus au lit!

Ajoutons que nos malades n'ont reçu leur *exeat* qu'à l'époque où ils l'ont demandé d'eux-mêmes, et que loin de les renvoyer avant leur entier rétablissement, nous les avons quelquefois engagés à rester quelque temps de plus à l'hôpital, afin d'avoir bien repris leurs forces avant de le quitter. Aussi la plupart mangeaient-ils la demie ou les trois quarts, plusieurs jours, et quelques-uns même plusieurs semaines

avant leur sortie, ainsi que l'on pourra s'en assurer par la lecture des observations particulières.

Voyons maintenant quelle a été la différence de la durée du séjour à l'hôpital, selon que les malades appartenaient à la catégorie des cas graves ou à la catégorie des cas de moyenne gravité. Voici ce que donne le calcul.

La durée totale de séjour des six malades réunis de la catégorie des cas graves est de cent quatre-vingt-seize jours. La *moyenne* est donc $\frac{196 \text{ jours}}{6} = 32$ jours $\frac{2}{3}$ ou 32 à 33 jours, moyenne qui l'emporte de six à sept jours sur la moyenne générale de vingt-six jours indiquée plus haut.

Mais il est bon de noter qu'une récidive survint chez trois des six malades de cette catégorie. Des trois autres, un ne séjourna que trente jours, un second que vingt-quatre jours(1), un troisième que vingt-et-un jours, ce qui donne une moyenne de vingt-cinq jours ou d'un jour inférieure à la moyenne générale.

La durée totale de séjour des quatorze premiers malades réunis de la seconde catégorie est de trois cent vingt-cinq jours. La *moyenne* est par conséquent de $\frac{323 \text{ jours}}{16} = 23$ jours $\frac{3}{14}$. Donc cette moyenne est d'environ neuf jours moindre que la moyenne correspondante des cas de la première catégorie, et d'environ trois jours inférieure à la moyenne générale de vingt-six jours (2).

Si l'on met à part un malade qui resta pendant soixante-quatre jours à l'hôpital, bien qu'il fût déjà à la demie six semaines avant sa sortie, nous obtenons une moyenne de $\frac{261 \text{ jours}}{13}$ ou de 20 jours.

Terminons ici nos recherches statistiques et laissons aux

(1) Le sujet de ce cas séjourna plus long-temps à l'hôpital; mais cette prolongation de séjour fut due à une variole assez grave dont la malade fut atteinte à l'hôpital même, lorsqu'elle était parfaitement rétablie de son rhumatisme articulaire. Au reste, on peut, si l'on veut, mettre ce cas de côté.

(2) Un des malades de cette seconde catégorie fut également pris de variole (bénigne ou discrète), à une époque où il était bien guéri de son rhumatisme. J'ai dû retrancher de la durée totale de son séjour le nombre de jours que la petite-vérole l'avait retenu à l'hôpital.

observations particulières suivantes le soin d'achever de porter la conviction dans les esprits impartiaux.

§ II. *Relation de trente-six cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé.*

PREMIÈRE CATÉGORIE.

Cette catégorie est affectée aux cas graves. Elle ne se compose que de six cas.

OBSERVATION LXXV. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec coïncidence d'endocardite.— Cas grave.—En cinq jours 8 saignées, générales (6) et locales (2), ayant fourni 25 palettes ou 6 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante le septième jour après l'entrée.

SALLE SAINT-JEAN DE DIEU, n° 3. Le nommé Lucas Laverdure, âgé de trente-et-un ans, cocher, demeurant rue de Paris, 41; entré le 29 août 1838; sorti le 28 septembre 1838.

Constitution assez forte; tempérament bilioso-sanguin; à Paris depuis seize ans; santé habituellement bonne; malade depuis trois jours.

Sa maladie a commencé par une courbature, accompagnée de frissons, de douleurs de reins et dans les jointures des membres inférieurs. Il s'est alité dès le commencement de sa maladie, et a observé une diète absolue. — Aucun traitement actif.

Il ne peut marcher, à cause des douleurs qu'il ressent dans les membres inférieurs. Il a été apporté à l'hôpital sur un brancard.

État du malade à l'entrée. Le malade éprouve beaucoup de douleurs lorsqu'il remue les membres inférieurs; les deux genoux sont douloureux, sans gonflement bien notable; le pied gauche est douloureux et sensiblement gonflé; le malade ressent aussi une vive douleur dans le grand trochanter de chaque côté, douleur qui augmente par la pression.

Figure pas trop animée; langue blanche, saburrale, humide; peu d'appétit; soif; pas de nausées; le ventre offre un développement normal; il est indolent, sans gargouillement. Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière, des deux côtés.

Chaleur de la peau un peu au-dessus de l'état normal. Pouls à 100, médiocrement développé, assez résistant.

Matité du cœur normale; bruits du cœur un peu sourds.

Saignée de 4 palettes.

30 *août.* Le malade n'accuse que fort peu de soulagement du côté des articulations, qui étaient douloureuses la veille. Il lui est survenu, pendant la nuit, de nouvelles douleurs dans le coude et l'épaule gauches; des douleurs existent aussi, mais à un degré plus faible, dans les articulations correspondantes du côté droit.

Les articulations des membres supérieurs ne sont pas sensiblement gonflées, excepté les deux premières articulations métacarpo-phalangiennes du côté gauche.

Les douleurs persistent dans la région trochantérienne de chaque côté. Les genoux sont, ce matin, sensiblement gonflés, et on sent une fluctuation distincte dans le droit : la circonférence de chaque genou est de treize pouces. Le pied gauche seul est douloureux, et l'articulation tibio-tarsienne est gonflée, surtout vers la malléole externe où la douleur devient très vive au moindre attouchement.

Un peu de sueur pendant la nuit; pouls à 100-104.

Bruits du cœur étouffés, surtout à gauche.

Insomnie pendant la nuit, à cause des douleurs.

Le sang de la saignée offre un caillot assez volumineux, en grande partie rétracté, recouvert d'une couenne générale à-peu-près d'une demi-ligne d'épaisseur. Caillot sous-jacent d'une bonne consistance. Sérosité médiocrement abondante, claire, jaune-verdâtre.

Saign. 3 pal. matin et soir; vent. scarif. aux genoux 3 pal.; catapl.; infus. de guim. bourr. s. gom. 3 p.; lim. cit. gom. 1 p.; lav. émol.; diète.

31. Le malade se trouve soulagé, quant aux douleurs des membres inférieurs. Les genoux sont sensiblement moins gonflés, et le genou droit ne présente plus de fluctuation : le genou droit présente une circonférence de douze pouces et demi; le gauche de douze pouces neuf lignes. Le malade se plaint plus de celui-ci que du droit; il exécute assez faci-

lement les mouvemens de flexion et d'extension. L'articulation tibio-tarsienne est encore restée douloureuse.

Hier, dans la journée, le malade a ressenti des douleurs dans l'épaule, le coude et la main du côté droit; aucune de ces articulations n'est sensiblement gonflée.

Le malade a beaucoup sué hier; il a dormi un peu dans la journée, et environ deux heures dans la nuit.

Pouls à 100.

Les bruits du cœur sont presque revenus à l'état normal; pas de bruit de diable dans les carotides; langue blanche, un peu saburrale.

Le sang de la première saignée offre un caillot rétracté, recouvert d'une couenne d'environ deux lignes d'épaisseur sur ses bords, soutenant facilement le poids du caillot.

Le sang de la saignée du soir offre une sérosité proportionnellement plus abondante. Caillot moins rétracté; couenne mince, d'une demi-ligne d'épaisseur; il supporte très bien son poids.

Rondelles des ventouses réunies en une seule masse, de consistance moyenne.

Saign. 3 pal.; vent. scarif. sur la main et l'épaule droites, 3 pal.; cat. laud. sur les articul. doulour.; guim. bourr. s. gom. 2 p.; lim. cit. 1 p.; sol. s. gom. 1 p.; lav. émoll.; diète.

1er *septembre.* Le malade se trouve assez bien et se retourne assez facilement dans son lit. Il éprouve à peine quelques légères douleurs dans les membres inférieurs; il se plaint principalement des articulations des mains; les poignets, les coudes et l'épaule du côté droit ne présentent aucun gonflement appréciable.

Le malade a peu dormi cette nuit; il a sué : ce matin, la peau est moite.

Pouls à 92-96.

Les bruits du cœur sont parfaitement dégagés.

Le caillot de la saignée est ferme, glutineux, supportant facilement son poids; couenne mince et partielle.

Rondelles des ventouses, fermes, glutineuses, réunies en un seul caillot.

Urines d'un jaune d'ambre, claires, acides.

Saign. 3 pal.; 2 pil. ext. gom. opium, 1/2 gr. — Mêmes boissons; diète.

2. Le malade ne sent aucune douleur dans les membres inférieurs; mais les articulations des membres supérieurs sont fort douloureuses, et le moindre mouvement fait pousser des plaintes au malade.

Un peu de sueur cette nuit; peau moite ce matin.

Pouls à 88-92.

Bruits du cœur parfaitement nets.

La saignée a fourni un caillot assez volumineux, rétracté, glutineux, pouvant être secoué sans se rompre. Couenne générale, mince, mais ferme. Sérosité médiocrement abondante, claire.

Saign. 3 pal.; cat. laud.; 2 pil. ext. op.; diète.

3. Les douleurs des articulations des bras sont en grande partie enlevées.

Les bruits du cœur sont un peu obscurs.

Pouls à 84, médiocrement développé, assez ferme; régulier.

Eruption de sudamina et de miliaire sur les parties latérales du cou et aux aisselles.

Caillot adhérent, recouvert d'une couenne infiltrée, de quatre à cinq lignes d'épaisseur sur ses bords. Sérosité en médiocre quantité.

Les urines de ce matin sont troubles comme du moût de raisin.

Vésicat. sur la région précordiale; compresses alum. sur les mains; diète.

4. Pouls à 84; les bruits du cœur sont notablement dégagés, depuis l'application du vésicatoire; mais le premier bruit est accompagné d'un souffle très léger, au niveau de l'orifice aortique; pas de bruit de diable dans les carotides, ni dans les sous-clavières.

Les membres inférieurs sont complètement dégagés, et le malade éprouve à peine un léger endolorissement dans les supérieurs. — Sueurs; sommeil bon.

Convalescence commençante.

Pansem. vésicat. digit. gr. iv ; *compr. alum.; un bouillon coupé.*

6. Le malade n'éprouve plus de douleurs ; il ne se sent qu'un peu faible ; les articulations sont entièrement libres.

Pouls à 76.

Le malade a sué cette nuit ; il a été obligé de changer de chemise.

Le premier bruit du cœur n'est que très peu enroué.

Pansem. vésicat. digit. gr. iv ; *compr. alum.;* 2 *bouil.; soupe aux herbe; lait.*

7. Pouls à 68. — Le malade a bien dormi.

Les bruits du cœur sont presque revenus à leur état normal.

Idem, un huitième d'alimens.

8. Pas de fièvre. Le malade va très bien. — Le premier bruit du cœur encore un peu enroué.

12. L'état continue à être de plus en plus satisfaisant.

Bain de vapeur. Quart.

15. Même état ; quelques légères douleurs vagues dans diverses articulations. Le reste bien.

Frict.; liniment opiacé. Bain de vapeur. Quart.

17. *Demie d'alimens. Bain de vapeur.*

Du 18 au 28 septembre, le malade, bien portant, et quoique n'éprouvant plus de douleurs, a pris quelques nouveaux bains de vapeur. Il mange la demie depuis une quinzaine de jours, et demande sa sortie le 28 septembre.

Demie. Exeat.

OBSERVATION LXXVI. — Rhumatisme articulaire généralisé avec endocardite bien caractérisée. — Cas grave. — Deux récidives par refroidissement. — En quatre jours 7 saignées, générales (5) et locales (2), qui ont fourni 25 palettes et demie ou 6 livres 6 onces de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après l'entrée. — Une nouvelle saignée générale à la première récidive, ce qui porte à 7 livres 2 onces la dose totale du sang retiré. — Une nouvelle attaque de rhumatisme articulaire, traitée, à l'hôpital Saint-Louis, par les bains de vapeur, a laissé à sa suite une légère affection organique du cœur.

SALLE DES HOMMES n° 22 ; Lablougisse, âgé de trente-cinq

ans; cocher de fiacre; faubourg Saint-Denis n° 49; malade depuis cinq à six jours; entré le 12 août 1835 ; sorti le 1er octobre suivant.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament sanguin; les cheveux châtains, la peau assez fine; habituellement très bien portant.

Cinq à six jours avant son entrée, *après s'être levé la nuit et s'être mis à la fenêtre ayant chaud,* il fut pris presque immédiatement de frissons, de fièvre, et puis de douleurs occupant principalement les articulations des pieds, des genoux et des poignets.

Il fit appeler, le second jour, un médecin qui prescrivit six sangsues sur le poignet droit. Quelques potions purgatives furent administrées sans succès les jours suivans.

12 *août, jour de l'entrée.* Presque toutes les articulations, mais particulièrement celles des genoux, des coudes et des poignets, sont tuméfiées, douloureuses, avec teinte rosée de la peau; le moindre mouvement est impossible en raison de la douleur; pouls plein, développé, à 108-112, intermittent; bruit de frottement léger au premier temps des battemens du cœur qui sont tumultueux; respiration normale; peau chaude et moite.

Saignée de 4 palettes.

13. Le malade dit se sentir un peu mieux: les poignets peuvent exercer quelques mouvemens; mais les genoux et les coude-pieds sont tendus, gonflés, rouges par plaques, et le moindre mouvement, le moindre contact, la simple impression du froid, augmentent les douleurs de ces parties (la circonférence des deux genoux est de treize pouces); les veines sous-cutanées, surtout dans le voisinage des articulations malades, sont saillantes, tendues, gonflées.

Pas de voussure notable dans la région précordiale, dont la matité est de trois pouces verticalement et transversalement; les battemens du cœur sont très peu sensibles à la main, précipités, avec intermittence, après trois ou quatre pulsations; les deux bruits du cœur sont obscurs, bien que assez superficiels; le premier est accompagné d'un tintement argentin et d'un léger bruit de frottement vers la

pointe du cœur; le malade n'éprouve aucune douleur dans la région précordiale, ni le sentiment de palpitations.

La respiration est tout-à-fait normale.

Difficulté à uriner et sueurs abondantes la nuit dernière; insomnie.

Teinte jaune de la face et de la sclérotique; inappétence, soif, salive acide.

Le caillot de la saignée est retroussé sur ses bords, ferme et recouvert d'une couenne d'un jaune serin, dense, épaisse, analogue à une peau de chamois.

Saignée de 4 palettes matin et soir; ventouses scarifiées trois palettes; cataplasmes; infusion de guimauve et limonade, cinq pots; lavement huileux; diète.

14. Jointures moins douloureuses, cependant les épaules et les poignets sont encore bien pris; peau moins chaude; pouls à 104, irrégulier et intermittent.

Les battemens du cœur sont encore peu sensibles à la main; la matité de la région précordiale n'est plus que de deux pouces neuf lignes transversalement et de deux pouces six lignes verticalement; bruits du cœur comme la veille.

Belle couenne sur les caillots des deux saignées, ainsi que sur les rondelles des ventouses.

Une saignée de 3 palettes 1/2, ventouses scarifiées sur la région précordiale 3 palettes; le reste idem.

15. Grand amendement : le malade remue bien les poignets, les coudes et les épaules; peau moite et éruption miliaire; pouls régulier, souple, à 84-88; *battemens et bruits du cœur revenus à l'état normal; matité de deux pouces verticalement et deux pouces et demi transversalement.*

Caillot très ferme, recouvert de quelques fragmens de couenne; couenne sur les rondelles des ventouses.

Même prescription moins les saignées.

15 au soir. Retour des douleurs dans les articulations des deux bras; le malade pousse des cris et le moindre mouvement cause les plus vives souffrances; pouls à 96.

Saignée de 4 palettes.

16. Pouls retombé à 84-88; *le cœur est complètement dé-*

gagé; peau chaude et sudorale; les douleurs ont beaucoup diminué.

Caillot très ferme, glutineux, recouvert d'une couenne mince.

Même prescription moins la saignée.

17. Pouls à 84-88, bien régulier, encore plein et fort; *bruits du cœur clairs et nets;* les genoux n'ont plus que douze pouces et demi de circonférence; le malade remue bien toutes les articulations; bon sommeil; langue humide et molle.

Commencement de convalescence.

Bandage compressif sur les poignets; une tasse de bouillon; le reste idem.

18. Il ne se plaint d'aucune douleur; le pouls reste à 84, plein, vibrant, régulier; état normal des bruits du cœur.

Deux bouillons, quelques cerises; un bain.

19. Le malade est très indocile et se découvre sans cesse; les doigts et les poignets se sont pris de nouveau : ils sont douloureux, chauds et gonflés; moiteur et chaleur de la peau; le pouls toujours à 84, tendu, fort et plein.

Cataplasmes; deux pilules d'extrait gommeux d'opium d'un demi-grain chacune; diète.

20. La circonférence des deux genoux est de douze pouces et demi; à-peu-près même état des poignets; le pouls est redevenu irrégulier, intermittent, à 120; légère saillie dans la région précordiale, bruits du cœur redevenus sourds, étouffés; impulsion du cœur très forte, accompagnée d'un tintement métallique très clair.

Une saignée de trois palettes; un vésicatoire sur la région précordiale; cataplasmes laudanisés; diète.

21. Articulations moins douloureuses; cessation des irrégularités et des intermittences du pouls, qui est vibrant, à 76-80; *les bruits du cœur beaucoup plus clairs et plus distincts;* état sudoral.

Caillot ferme, recouvert d'une couenne dense, élastique.

Sécher le vésicatoire; bandage compressif sur les articulations; une tasse de bouillon de poulet.

22. Aucune articulation n'est douloureuse ni gonflée; premier bruit du cœur plus clair que le second; pouls à 80-84, toujours fort, régulier et vibrant.

Deux pilules d'extrait gommeux d'opium d'un 1/2 grain chacune, deux bouillons.

23. Même état.

24. Cette nuit, comme les précédentes, le malade, toujours très indocile, s'est souvent découvert étant en sueur. Ce matin la fièvre est revenue; pouls à 124-128, avec retour des intermittences et des irrégularités; *les battemens du cœur très forts, le second bruit plus obscur encore et plus sourd que précédemment;* sudamina nombreux sur diverses parties du corps; le malade urinant très difficilement, on est obligé de le sonder.

Continuer l'opium; diète.

25. Pouls à 112-116, toujours irrégulier et intermittent; le second bruit du cœur presque imperceptible, le premier lui-même très obscur; les articulations sont en bon état.

26. Pouls à 124, toujours irrégulier et intermittent; premier bruit du cœur plus clair, le second toujours à peine distinct dans la région des cavités gauches, tandis que dans celle des cavités droites et spécialement vers l'extrémité inférieure du sternum, il se fait entendre assez distinctement; voussure moins marquée que dans les premiers jours; la main sent bien les battemens irréguliers du cœur.

Un vésicatoire région du cœur, avec dix grains de poudre de digitale pour pansement.

27. Retour de la régularité du pouls et des battemens du cœur.

28. Pouls à 64-68, vibrant, avec quelques irrégularités et intermittences.

Deux tasses de bouillon, quelques cerises.

29. Pouls à 72; *les deux bruits du cœur redevenus assez clairs;* les articulations ne sont point douloureuses.

30, 31. Le malade se trouve de mieux en mieux.

Deux bouillons, un potage; une tasse de lait; continuation de la digitale.

Les jours suivans, on augmente graduellement la dose des alimens, on prescrit quelques bains, et le malade, bien rétabli, respirant librement, n'éprouvant point de palpitations, demande sa sortie le 1er octobre.

A cette époque, les bruits du cœur étaient clairs, mais un

peu secs et parcheminés; dans la région précordiale on entendait aussi une sorte de râpement qui nous parut dépendre d'un glissement péricardique s'opérant sur des surfaces inégales (1).

OBSERVATION LXXVII. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec endocardite légère occupant les cavités gauches. — Cas assez grave. — En trois jours 6 saignées, générales (4) et locales (2), qui ont fourni 21 palettes ou 5 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après l'entrée. — Légère récidive qui oblige à pratiquer une nouvelle saignée générale, ce qui porte à 6 livres la dose totale du sang enlevé.

SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU, 1. Le nommé Jean Courtiol, âgé de 22 ans, charbonnier, demeurant rue Guérin-Bois-

(1) Quinze jours après sa sortie, il fut repris de douleurs qui l'obligèrent d'entrer à l'hôpital Saint-Louis où il resta pendant trois mois : il fut traité par les bains de vapeur principalement, et n'était pas complètement guéri à sa sortie.

Il est rentré à la Clinique le 12 novembre 1839, c'est-à-dire plus de quatre ans après sa première entrée, et nous avons noté le lendemain ce qui suit. Point de voussure notable dans la région du cœur; l'étendue de la matité est de deux pouces dix lignes verticalement et transversalement.—Le premier bruit est accompagné d'un souffle un peu rude, ayant son maximum d'intensité vers l'orifice aortique, où il tend à imiter de temps en temps une sorte de *piaulement* étouffé, qui n'absorbe pas complètement le premier claquement valvulaire; le second bruit est sec, fort, parcheminé; les battemens du cœur offrent des intermittences après six ou huit battemens réguliers; pouls tendu, développé, vibrant, intermittent comme les battemens du cœur.

Dans l'état de repos, le malade n'éprouve ni oppression ni palpitations, mais il en ressent lorsqu'il marche vite ou qu'il monte ; point d'infiltration, visage bon; embonpoint conservé.

Le malade est venu à l'hopital pour une légère affection catharrale, dont il a été pris depuis quelques jours.

On lui a administré quelques pilules de digitale qui ont régularisé le pouls, et il est sorti quinze jours après son entrée dans un état satisfaisant.

Les signes indiqués plus haut nous avaient fait porter le diagnostic suivant : *Hypertrophie médiocre du cœur, épaisissement et induration des valvules gauches, sans rétrécissement notable des orifices correspondants, le tout suite d'une endocardite rhumatismale.*

seau, 4, malade depuis sept jours, entré le 28 mai 1838, sorti le 13 juillet 1838.

Constitution forte, tempérament sanguin, cheveux châtains, à Paris depuis dix ans; santé habituellement bonne; il fait fréquemment des excès en vin.

Il y a neuf jours, il eut un léger coryza. Deux jours plus tard, il commença à ressentir quelques douleurs dans les articulations des membres supérieurs et inférieurs, surtout dans les genoux et les poignets. La marche devint très pénible. Le lendemain de ces douleurs, il se mit au lit, qu'il a gardé jusqu'à présent.

L'articulation du poignet gauche ne s'est tuméfiée que la veille de l'entrée du malade à l'hôpital.

Depuis le commencement de sa maladie, le malade a sué abondamment. Anorexie, soif vive; constipation depuis six jours. — Pas de toux; pas d'étourdissemens, ni de palpitations. — Il est venu en voiture à l'hôpital.

On lui a fait une saignée d'environ deux livres de sang, dit-il, il y a quatre jours; il n'en a ressenti aucun soulagement.

Il attribue sa maladie à des fraîcheurs qu'il aurait éprouvées après avoir eu chaud.

État du malade le 28 mai, à la visite du soir : Figure animée, couverte de sueur; douleurs modérées dans les genoux, les coudes, et les épaules; les articulations des poignets sont seules gonflées, surtout celle du côté gauche.

Pouls à 88, plein, développé, résistant.

Matité du cœur trois pouces six lignes verticalement; trois pouces neuf lignes transversalement; l'impulsion du cœur est sensible à la main, sans frémissement vibratoire; le premier bruit est accompagné d'un léger souffle.

Résonnance et respiration bonnes des deux côtés en avant et en arrière. — Langue blanche à la base; un peu de soif.

Saignée, 4 palettes.

29 mai. Un peu de soulagement depuis hier; sommeil pendant la nuit.

Le poignet gauche est moins enflé qu'hier; les mouvemens de la main correspondante sont libres; les douleurs des ge-

noux et des pieds ont augmenté cette nuit: la douleur est surtout prononcée dans l'articulation du coude-pied droit; le malade fléchit assez facilement les jambes, et la pression n'occasionne que peu de douleur dans le genou et le pied gauches.

Sueur abondante pendant la nuit; éruption de sudamina et de miliaire à la partie antérieure et postérieure du tronc; la peau ce matin est encore chaude et moite.

Pouls à 68-72, plein, fort, développé, résistant.

Matité du cœur comme la veille; pas de voussure notable de la région précordiale; impulsion du cœur sensible à la main; le premier bruit est accompagné d'un souffle bien sensible au niveau des cavités gauches.

Respiration à 22-24; résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière des deux côtés.

Langue blanche à la base, humide; soif vive; pas de perte complète de l'appétit.

Sérosité de la saignée, claire, jaune; caillot rétracté, couvert d'une couenne de deux lignes d'épaisseur, bien organisée, dense.

Saig. 4 pal. ce matin; saig. 3 pal. ce soir; vent. scarif. reg. précord. 4 pal.; cat.; lav. huileux.— Viol. bourr., sir. gom. 2 p.; lim. cit. gom. 1 p.; diète.

30 mai. Le malade se trouve bien mieux. Les mouvemens des pieds et des mains plus libres; les poignets sont presque entièrement dégonflés, mais encore un peu douloureux.

La nuit assez bonne; un peu de sommeil; il a été cependant encore troublé par quelques douleurs; peau chaude ce matin, moite; l'éruption miliaire a un peu pâli; persistance des sudamina.

Pouls à 68, moins tendu, moins fort que la veille.

Le premier bruit du cœur est encore un peu obscur; le souffle a disparu.

Caillots des deux saignées rétractés, recouverts d'une belle couenne générale de deux lignes au moins d'épaisseur; sérosité claire, jaunâtre, plus abondante que la veille.

Rondelles des ventouses réunies en une masse glutineuse, sans traces de couenne; sérosité limpide, non rougie.

Urines claires, ambrées, acides. Un léger nuage au centre.

Saign. 3 pal.; vent. scarif. poignets et mains, 3 pal.; cat.; guim. bourr., s. gom. 2 pots; lim. cit. 1 p.; lav.; diète.

31 mai. Le malade n'accuse qu'un peu de douleur dans l'articulation scapulo-humérale droite; sudamina nombreux, surtout aux aines et aux aisselles, de chaque côté; nuit assez bonne.

Pouls à 64-68; les bruits du cœur sont bien dégagés : le premier a repris son timbre normal.

Sérosité de la saignée fort abondante; caillot rétracté, glutineux, couvert de parcelles de couenne.

Sérosité des ventouses claire, limpide; rondelles réunies en une seule masse.

2 *pil. ext. opium* 1/4 *gr. chacune; cat. articulations; mêmes boissons; compresses aluminées; diète.*

1er juin. Douleurs vagues dans toute l'étendue des membres thoraciques; peau chaude, un peu sèche.

Pouls à 64; le premier bruit du cœur est un peu âpre.

Saig. 3 pal.; mêmes boissons; cat.; diète.

2 juin. Le malade se trouve bien; quelques douleurs passagères dans les épaules; peau chaude, sèche.

Pouls à 68-72.

Caillot en champignon; couenne dense, analogue à une peau préparée; sérosité fort abondante autour du caillot.

Convalescence commençante.

Guim., bourr. s. gom. 2 *pots; sol. s. gom.* 1 *p.;* 2 *pil. op.; demi-lav.; un bouillon coupé.*

3 juin. Il est survenu dans les membres supérieurs quelques légères douleurs; pouls à 60; chaleur modérée de la peau.

Id., id., 1 *bouil., soupe aux herbes.*

Le malade s'étant plaint le soir de vives douleurs dans les coudes et le poignet gauche, *une saignée de* 3 *pallettes* a été pratiquée.

4 juin. Pouls à 64; le malade se trouve soulagé, quant aux douleurs du bras; mais la nuit il a ressenti dans différentes parties des membres des douleurs non accompagnées de gonflement.

Le souffle au premier temps est extrêmement distinct, mais coïncide avec un sifflement musical dans la carotide droite.

Caillot petit; couenne à bords renversés, formant une sorte de cupule; sérosité fort abondante.

Vésicat. région précordiale; diète.

6 juin. Le malade se trouve beaucoup mieux.

Pouls à 80; persistance et augmentation du souffle au premier temps; bruit de diable fort beau dans la carotide et la sous-clavière droites.

Peau chaude; soif assez vive; appétit.

2 *pil. ext. opium,* 1/2 *gr.;* 1 *bouillon.*

8 juin. Pouls à 72.

2 *pil. opium.;* 2 *bouil.,* 2 *potages, pruneaux.*

9 juin. Chaleur modérée de la peau; pouls à 64-68; constipation depuis une vingtaine de jours.

B. veau herbes et sulfate soude ℥ *j.*

10 juin. Pouls à 64-68; quinze selles dans la journée.

Sol. sir. gom. 1 *p.;* 2 *pil. ext. opium; un huitième d'alim.*

11 juin. Légère douleur à la partie interne du genou gauche; pouls à 64-68.

Compresses aluminées; un huitième d'alim.

13 juin. Pouls à 56-60. — Le malade va très bien.

2 *pil. ext. op.* — *Quart.*

30 juin. Douleur à l'épaule droite.

Vésicat. volant, loco dolenti.

Les jours suivans les forces reviennent; le malade se promène, et mange successivement la demie et les trois-quarts. On lui fait prendre des bains.

13 juillet. Bien guéri déjà depuis trois semaines, le malade demande sa sortie.

OBSERVATION LXXVIII. — Rhumatisme articulaire et musculaire du bras gauche. — Cœur pris fortement. — (Endocardite entretenant le mouvement fébrile assez long-temps après la disparition du rhumatisme articulaire); artérite rhumatismale? — Cas grave. — En quatre jours 7 saignées, générales (5) et locales (2), qui ont fourni 5 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante vers le septième jour après l'entrée.

SALLE SAINTE-MADELEINE, 5. La nommée Moujin, âgée de quarante-cinq ans, blanchisseuse, demeurant rue Pavée,

14 ; malade depuis sept jours ; entrée le 13 novembre ; sortie le 4 décembre 1837.

Constitution forte, cheveux châtains, à Paris depuis vingt-deux ans, habituellement bien réglée.

Il y a vingt ans, elle a été affectée d'un érysipèle facial ; depuis cette époque elle s'est toujours assez bien portée, jusqu'à la maladie pour laquelle elle entre à l'hôpital.

Il y a actuellement sept jours qu'elle est malade. Elle a commencé par éprouver des douleurs dans le coude et l'épaule gauches, douleurs qui se sont étendues peu après à tout le bras. Elle a, pour tout traitement, fait, sur la partie malade, des fomentations d'extrait de saturne, et appliqué sur le bras des cataplasmes de farine de graine de lin et d'avoine grillée, arrosés de vinaigre.

Elle attribue sa maladie à la fatigue qu'elle a éprouvée dans le bras gauche dans les cinq jours qui ont précédé l'invasion de la maladie. De plus, elle déclare avoir lavé du linge à l'eau froide, ayant chaud.

Personne dans sa famille n'est sujet aux affections rhumatismales.

14 novembre. Le coude et l'épaule gauches sont le siège de vives douleurs, qui se font sentir dans tout le reste du bras ; peau sudorale et chaude ; pouls à 120.

Saig. 3 pal. matin et soir; vent. scarif. bras 3 pal.; cat.; Bourr. miellée 3 p.; lav. émol.; diète.

15 novembre. Peau d'une température plus forte qu'à l'état normal, sudorale ; la douleur des articulations et du bras gauche a un peu diminué ; pouls à 116, assez dur.

Le premier bruit du cœur offre un souffle râpeux, *bien distinct.*

Les caillots des deux saignées sont recouverts d'une belle couenne, épaisse ; les rondelles des ventouses sont réunies en une masse glutineuse, sur laquelle on aperçoit quelques traces de couenne.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. rég. précord. 3 pal.; cat.; compresses aluminées sur le bras; même boisson; diète.

16 *novembre*. Mieux ; cessation des douleurs au bras.

Le pouls est à 120, petit.

Premier bruit du cœur, encore fortement enroué.

Le sang de la saignée offre une couenne ferme, retroussée. les rondelles des ventouses, glutineuses, présentent quelques vestiges de couenne.

Saig. 3 pal.; vésicat. rég. précord, 4 p. diamètre; lav. digit. pulv. gr. vj.; *bourr. miellée, 2 p.; diète.*

17 *novembre.* Pouls toujours à 116; le premier bruit du cœur moins enroué, moins embarrassé que la veille;

Bruit de diable musical dans les carotides.

Caillot de la saignée retroussé en champignon, recouvert d'une couenne épaisse et ferme.

Saig. 3 pal.; pans. du vésicat. digit. pulv. gr. iv.; *lav. digit. gr.* jv.; *même boisson; diète.*

18 *novembre.* Caillot de la saignée glutineux, ferme, offrant des traces de couenne à sa surface.

Pouls à 120.

Pansem. du vésicat. digit. gr. vj.; *julep. teint. digit. gouttes* xij.

20 *novembre.* Pouls à 112-116; léger souffle au premier temps, dans la région des cavités gauches.

Sécher le vésicat.; 1 bouillon.

Du 20 au 24, le pouls reste à 108-112, et le souffle est le même dans la région des cavités gauches.

24 *novembre.* Chaleur modérée de la peau; pouls à 108-112, petit, plus développé à droite qu'à gauche; souffle intermittent dans la carotide gauche, continu dans la droite.

Bourr. sir. gom.; julep. digit.; un huitième d'alim.

Du 26 *novembre* au 4 *décembre*, la malade est mise successivement au quart, à la demie, aux trois quarts; elle se lève et prend un peu d'exercice.

4 *décembre.* On n'entend plus de souffle au premier bruit du cœur; pas de souffle notable dans les carotides, ni les sous-clavières.

La malade parfaitement guérie, demande sa sortie.

OBSERVATION LXXIX. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé. — Le cœur à-peu-près libre au moment de l'entrée. — Cas assez grave. — En trois jours six saignées, générales (4) et locales (2) qui ont fourni 19 palettes et demie, ou 4 livres 14 onces. — Le sixième jour, une nouvelle saignée locale pour une légère recrudescence : en tout, 21 palettes ou 5 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante le cinquième jour après l'entrée. — (La recrudescence cède en deux ou trois jours). — Varioloïde après la guérison du rhumatisme.

Salle des femmes, n° 7. Dumilieu, âgée de 20 ans, cuisinière, à Passy; malade depuis six jours; entrée le 2- juin 1838; sortie le 2 août suivant.

D'une constitution forte et d'un tempérament sanguin ; cheveux châtains; bien réglée et d'une bonne santé habituelle.

Il y a six jours, elle ressentit des douleurs dans les articulations des pieds ; le lendemain les genoux devinrent aussi douloureux et la malade fut obligée de cesser ses occupations et de garder le lit. Les douleurs envahirent ensuite les poignets et les coudes. Pendant les six jours qui ont précédé son entrée, elle a éprouvé des frissons alternant avec de la chaleur et des sueurs ; céphalalgie, insomnie ; un peu de gêne dans la respiration, pas de palpitations ; soif vive et inappétence.

La veille de son entrée, vingt sangsues furent appliquées à l'anus et firent disparaître la céphalalgie.

La malade attribue sa maladie aux alternatives de chaud et de froid auxquelles l'expose sa profession (Elle descend souvent à la cave étant en sueur).

Etat au moment de l'entrée. Les articulations des deux poignets, du coude droit et des deux pieds sont douloureu.es, gonflées, un peu rouges (le poignet gauche seul est douloureux sans être gonflé). — Visage rouge, exprimant la souffrance avec teinte jaune de son ovale inférieur ; langue blanche, humide, rouge à la pointe, anorexie; ventre souple et indolent; pouls à 108-112, médiocrement développé et assez résistant ; respiration bonne partout.

Rien de bien notable pour la matité de la région précordiale et les bruits du cœur.

Saignée de 4 palettes.

23. Pas de soulagement sensible : les douleurs occupent toutes les articulations des membres en général, plus fortes à

gauche qu'à droite ; cependant la main, le poignet et le genou sont plus gonflés à droite qu'à gauche (la circonférence du poignet droit est de six pouces six lignes, et celle du gauche de six pouces seulement ; la circonférence du genou droit est de quatorze pouces une ligne, et celle du genou gauche de treize pouces six lignes); le moindre mouvement fait pousser des gémissemens et même des cris à la malade; peau chaude (température à 34°) ; pouls à 108-112, résistant et médiocrement développé; insomnie; même état des organes digestifs et respiratoires.

Pas de douleurs dans la région précordiale ni de palpitations; l'impulsion de la pointe du cœur, bien sensible ; matité dans des limites à-peu-près normales ; bruits du cœur sans souffle bien marqué.

Caillot de la saignée entouré d'une sérosité jaune-clair, et recouvert d'une couenne épaisse, ferme, jaunâtre.

Saignée de 4 palettes le matin et de 3 palettes le soir; ventouses scarifiées sur les articulations 3 à 4 palettes, et cataplasmes; violette-guimauve sirop de gomme et limonade citrique gomme cinq pots; diète.

24. Soulagement considérable. Les jointures du genou, du poignet et de la main du côté droit sur lesquels les ventouses ont été appliquées sont dégonflées et indolentes, tandis que la douleur persiste dans les articulations qui n'ont pas été ventousées (la circonférence du poignet droit est réduite à six pouces trois lignes, et celle du genou droit à treize pouces sept lignes; la circonférence du poignet gauche reste à six pouces, et celle du genou gauche à treize pouces six lignes comme la veille) ; peau moins chaude, à peine moite ; pouls à 96, souple et bien détaché ; nuit plus calme, mais peu de sommeil encore; expression et attitude du corps annonçant moins de douleur.

Les deux bruits du cœur sont plus purs que la veille et consistent en un claquement tout-à-fait dégagé de souffle.

Caillots des deux saignées recouverts d'une belle couenne; comme parsemée de stries vasculaires analogues à celles des fausses membranes; rondelles des ventouses réunies en une seule masse glutineuse et offrant quelques plaques de couenne.

Saignée de 3 palettes; 20 sangsues sur le poignet et la main gauches; compresses aluminées et bandage compressif sur les membres droits; le reste idem.

25. Elle va mieux encore qu'hier : les poignets, les mains, les genoux et les pieds sont dégagés; quelques douleurs assez légères dans les épaules et les coudes; chaleur douce de la peau; pouls à 92-96, un peu fluctuant à la pression; bruit de diable sibilant dans les carotides gauche et droite, la malade étant couchée; cependant les deux bruits du cœur restent bien clairs et sans vestige de souffle; l'impulsion de cet organe est modérée.

Caillot de la saignée recouvert d'une belle couenne épaisse, dense, plissée sur ses bords; sérosité plus abondante que dans les précédentes saignées.

Ut suprà moins les saignées.

26. La malade va de mieux en mieux : le coude et l'épaule droits sont seuls un peu douloureux; peau de chaleur douce, à peine moite ; pouls à 92-96, médiocrement développé, moins fluctuant à la pression ; bruits du cœur toujours bien purs ; soif très modérée, peu d'appétit; point de selles même après le lavement donné la veille.

Presque commencement de convalescence.

Ut suprà.

27. L'épaule et le coude droits sont dégagés, mais le coude et l'épaule gauches sont douloureux à leur tour; pouls à 96-100 ; rien au cœur.

30 *sangsues à l'épaule gauche et au coude du même côté, (quinze sangsues seulement ont pris); le reste idem.*

28. Soulagement; pouls à 96; rien de notable au cœur.

Une tasse de bouillon coupé et un peu de gelée de groseille; lavement huileux; bourrache miellée.

29. Légères douleurs dans les deux épaules; moiteur générale; pouls à 96.

Le premier bruit du cœur se termine par un léger souffle en même temps qu'il existe un beau bruit de diable dans les carotides et les sous-clavières.

Un bouillon et une tasse de lait coupé.

30. Cessation des douleurs; bon sommeil; on aperçoit des

sudamina dans la région de l'aisselle; le pouls reste à 96 et la chaleur est sensiblement normale.

Un bouillon, un potage, œufs mouillettes et eau rougie.

1er juillet. La malade s'est levée hier. Elle se trouve très bien ce matin; chaleur normale; pouls à 80; le teint se colore un peu.

Un huitième (côtelette).

2, 3 et 4. Dégagement complet de toutes les articulations; le pouls à 72 et la chaleur normale. Le teint se colore de plus en plus; toutefois, il existe encore un beau bruit de diable dans les carotides et le premier bruit du cœur est un peu voilé en même temps que le second est toujours bien clair.

La malade est mise au 1/4.

Le guérison se consolide les jours suivans et l'on augmente la dose des alimens.

Le 16, ayant aperçu sur le visage, les membres et le tronc, plusieurs pustules semblables à celles de la variole commençante, on a demandé à la malade si elle avait été vaccinée et elle a répondu par l'affirmative.

Toutefois on ne trouve sur les bras qu'une seule cicatrice étroite et superficiellement gauffrée (1).

(1) Voici l'histoire de cette petite-vérole. Depuis quatre jours la malade éprouvait du malaise avec frisson, douleurs lombaires et vomissemens de bile verdâtre en petite quantité (il existe dans la salle des hommes un convalescent de petite-vérole).

Dès le 16 les pustules étaient très multipliées; peau chaude, brûlante, sèche (température à 36-37°); pouls à 124, médiocrement développé, non redoublé; point de douleur de gorge, ni de toux; assoupissement; langue blanche, assez humide.

Saignée de 3 palettes; limonade citrique 2 pots, et violette bourrache miellée 1 pot; lavement émolient; diète.

17. La saignée a fait cesser le mal de tête; multiplication des pustules varioliques sur le visage, le tronc et les membres; chaleur et sécheresse moindre que la veille (température à 34°); pouls à 92; persistance du bruit de diable dans les artères du cou, soit que la malade reste couchée ou qu'elle soit assise; malaise général beaucoup moindre, cependant peu de sommeil.

Caillot de la saignée adhérent, concave à sa face supérieure, où est déposée une petite quantité de sérosité, recouvert d'une couenne de quatre li-

OBSERVATION LXXX. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé. — Bruit de souffle sibilant au premier temps. — Cas assez grave. — En trois jours, cinq saignées, générales (4) et locale (1) qui ont fourni 15 palettes et demie, ou 3 livres 14 onces de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après l'entrée et le cinquième après le commencement du traitement. — Récidive après une guérison bien consolidée. — En deux jours, trois nouvelles saignées (deux générales et une locale) qui ont fourni 2 livres 2 onces de sang. — Convalescence nouvelle le sixième jour. — Pour les deux attaques, 6 livres de sang.

Salle-saint-jean-de-dieu, 20. Le nommé Eugène Denoua, âgé de 20 ans, mercier, demeurant rue de Sèvres, 34,

gnes d'épaisseur sur ses bords, épaisseur qui tient à l'infiltration de cette couenne dont la consistance est mollasse; exprimée de la sérosité qu'elle contient, elle se trouve réduite à l'épaisseur d'une mousseline bien fine et supporte toutefois le poids du caillot ; la consistance de ce dernier est aussi mollasse.

Même prescription, moins la saignée.

18 et 19. Les pustules augmentent de volume et présentent la forme ombiliquée; point de mal à la gorge ; pouls à 88-92.

Même prescription.

20, 21. Les pustules grossissent et entrent en suppuration; chaleur assez modérée; le pouls à 88-92 le 20, tombe à 84 le 21.

Bouillon coupé le 20 plus une tasse de lait coupé le 21.

22. Les pustules du visage sont déjà desséchées; il ne reste pas de dépression notable après l'ablation des croûtes ; chaleur normale, pouls à 72-76.

Convalescence (*un huitième côtelette, un pot d'eau de Seltz*).

23. La malade va très bien et sa guérison est réellement complète; toutes les pustules sont transformées en petites croûtes de forme et de couleur de lentilles; le pouls à 72, et la chaleur normale.

Mélange de bruit de diable ordinaire et de sifflement musical dans les carotides et les sous-clavières.

Le quart.

Les jours suivans les croûtes tombent et la guérison se soutient (on augmente les alimens).

2 août. Exeat.

Les règles sont venues il y a une huitaine de jours, un peu moins abondantes qu'avant la maladie.

La petite-vérole, ou mieux la *varioloïde*, n'a pas laissé d'empreintes sensibles sur la peau.

Les bruits du cœur sont parfaitement claires, sans aucun mélange de souffle; cependant le bruit de diable est toujours très marqué dans les artères

malade depuis deux jours, entré le 18 mars 1839, sorti le 23 avril 1839.

Constitution moyenne, tempérament lymphatico-nerveux, à Paris depuis un an. Habituellement bien portant. Il y a huit mois qu'il a quitté ce service où il a été traité pour un rhumatisme articulaire aigu. Depuis ce temps, sa santé avait été bonne.

Il y a deux jours qu'il a commencé à éprouver des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes qui se sont gonflées. En même temps, le genou droit est devenu un peu douloureux.

La *maladie s'est déclarée à la suite d'une course, suivie de grande fatigue, pendant laquelle le sujet a été exposé à la pluie.*

État du malade le 18 *mars, à l'entrée :*

Figure pâle; peau fine, pommettes un peu colorées; les articulations tibio-tarsiennes sont rouges, douloureuses, un peu gonflées.

Matité du cœur à-peu-près normale; pas de voussure de la région précordiale; pas de frémissement vibratoire; le premier bruit du cœur est accompagné d'un souffle prolongé dont le maximum d'intensité existe au niveau des cavités gauches, et vers la pointe du cœur.

Pouls à 84.

19 mars. Le genou droit s'est un peu pris depuis la veille, et présente un peu de rougeur et de gonflement; les doigts de la main droite sont également un peu gonflés, et douloureux.

Pouls à 80, bien développé; peau un peu chaude, sans sueur ni sécheresse.

Le cyrtomètre (1) ne donne pas de différence notable entre la voussure de la région précordiale et celle de la région correspondante à droite.

carotides et sous-clavières, surtout à gauche, dans la position horizontale comme dans la position assise. Le visage de la malade, sans être plein et vermeil comme avant sa double maladie, a pourtant repris des couleurs. La peau du reste du corps est pâle, et les veines sous-cutanées sont affaissées.

(1) Nom d'un instrument imaginé par M. le docteur Andry, chef de clinique, pour *mesurer les voussures.*

Le souffle du cœur est un peu sibilant et ressemble assez à l'aboiement d'un jeune chien entendu de loin, et un peu enroué; son maximum d'intensité existe à un pouce au-dessous et en dehors du sein.

Un léger bruit de vent, mais intermittent, dans la sous-clavière droite.

Saig. 3 pal. et demie le matin; saig. 3 pal. le soir; cat. genou et mains; guim. bourr. s. gom. 3 p.; diète.

20 mars. Les membres inférieurs sont dégagés, mais les mains sont fortement prises, surtout la droite : les veines du dos de la main et de la partie postérieure de l'avant-bras, surtout à droite, sont turgescentes et doublées de volume au moins.

Pouls à 80-84, assez résistant; peau chaude, un peu sèche; souffle du cœur simple (la tendance au cri d'aboiement lointain a disparu); pas de bruit de diable dans la sous-clavière ni la carotide droites dans la position couchée; insomnie cette nuit à cause de la douleur des poignets.

Caillot de la première saignée, volumineux, recouvert d'une couenne d'une demi-ligne d'épaisseur, assez ferme.

Caillot de la seconde saignée, rétracté, avec une couenne d'une bonne ligne d'épaisseur, ferme.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. poignet et main droite et gauche 3 pal.; cat.; mêmes boissons; diète.

21 mars. Les mains, la gauche surtout, sont dégonflées; cependant le poignet et les articulations du doigt indicateur sont encore tendus et gonflés; la rougeur et le gonflement du pied droit et du genou ont complètement disparu.

Pouls à 80-84, tendu et résistant; persistance du souffle pur au premier temps; le second bruit un peu sourd.

Point de selles; urines assez rares; un peu de sueur cette nuit.

Caillot de la saignée, rétracté, couvert d'une couenne comme lardacée, analogue à une peau de chamois; sérosité assez abondante, claire.

Rondelles des ventouses prises en une masse assez glutineuse, entourée d'une médiocre quantité de sérosité, non colorée par le sang.

Saig. 3 pal.; compresses cérat mercuriel, poignets et mains; vésicat. volant rég. précord.; même boisson; diète.

22 mars. Le malade ne se plaint plus de ses poignets: il s'en sert pour faire quelques mouvemens; ils ne sont point douloureux, mais il reste encore un léger gonflement, surtout à droite; aucune autre articulation ne s'est prise.

Pouls à 88-92; le souffle du cœur moins fort; le second bruit plus dégagé que la veille.

Urines du matin claires, jaunes, acides.

Caillot de la saignée sans rétraction notable, remplissant presque tout le vase; à peine quelques parcelles de couenne, mince, se cassant sous la moindre pression.

Pansem. vésic. digit. pulv. gr. vj.; lav. huil.; diète.

23 mars. Les douleurs ont entièrement disparu; les mouvemens du poignet et de la main sont libres; le gonflement est dissipé; la chaleur de la peau sensiblement normale.

Pouls à 80-84; le souffle du premier temps comme la veille.

Convalescence commençante.

Bain de mains et de poignets; compresses alum.; bandage compressif; 1 bouil. coupé; soupe aux herbes.

24 mars. Les poignets et les mains sont complètement dégonflés; le bruit de souffle est beaucoup moins fort; léger bruit de diable dans la sous-clavière droite seulement, dans les positions assise et couchée.

(Au moment de son entrée et de sa sortie pour la première affection rhumatismale, dont il a été traité ici au mois de juillet 1838, il n'existait aucun bruit de souffle, ni aucun autre signe de maladie du cœur).

Un huitième d'alim.; pans. vésic. digit. gr. VI.

25 mars. Résolution bien complète. Toutes les articulations sont parfaitement dégagées et n'offrent plus la moindre trace de gonflement.

Pouls à 80; le souffle persiste bien pur.

Le reste, bien.

Un huitième (*côtelette*).

27 mars. Dans la région des cavités droites, le double claquement valvulaire se fait parfaitement entendre, sans mé-

lange de souffle; le souffle des cavités gauches s'y propage, mais en s'affaiblissant beaucoup.

Pouls à 80, redoublé.

Quart (*côtelette*).

29 mars. Même état. Le bruit de souffle persiste, quelque position que l'on donne au malade.

Le vésicatoire est sec.

4 avril. Souffle très léger et bien superficiel. — Le reste bien.

Demie.

6 avril. La région précordiale, au lieu de présenter une voussure, offre un aplatissement assez notable.

Le cyrtomètre, appliqué sur cette région et sur la région correspondante à droite marque 12.

10 avril. Hier, dans la journée, le malade a été pris de nouvelles douleurs dans le poignet droit et les doigts, qui sont gonflés, potelés, avec développement du réseau veineux; le poignet droit offre une circonférence de six pouces six lignes, mesuré au-dessous de l'apophyse styloïde du radius; la circonférence du poignet gauche est de six pouces; quelques douleurs dans les genoux, sans gonflement.

Visage un peu animé, soif assez vive.

Pouls à 80, tendu, vibrant, dur, plein, paraissant plus gros du côté malade que du côté sain.

Battemens du cœur plus forts, sans augmentation du souffle et avec un léger tintement métallique au premier temps.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. main et poignet gauches 3 pal.; cat.; guim. viol. sir. gom. 3 p.; julep diacod. ℥ j; *diète.*

11 avril. Le malade ne souffre plus du genou ni du poignet; le gonflement et la turgescence des veines ont presque complètement disparu : poignet droit, six pouces trois lignes de circonférence; chaleur générale modérée.

Pouls à 88-92; rien de nouveau pour le cœur.

Caillot de la saignée adhérent aux parois du vase, recouvert d'une couenne épaisse et molle, fortement infiltrée, supportant cependant le poids du caillot.

La sérosité des ventouses sans mélange de sang; les rondelles forment un caillot glutineux, sans couenne.

Saig. 2 pal. et demie; compresses aluminées poignet droit; bandage compressif; julep. sirop diacode ℥ j; *diète.*

12 *avril.* Le poignet, le coude, l'épaule gauches et le pied du même côté sont douloureux, sans gonfllement notable ; le poignet droit et les genoux continuent à bien aller. — Peau chaude, plutôt sèche que moite; pouls à 88-92.

Le souffle du premier temps est parfaitement dessiné.

Caillot recouvert d'une belle couenne, un peu rétracté. *Viol. guim. sir. gom.* 2 *p.; julep. diacodé* ℥ j; *cat.; compr. alumin. poignet droit; diète.*

13 *avril.* Les douleurs sont moins fortes dans le pied droit et le coude gauche; le poignet et la main gauches à-peu-près comme la veille. — Point de sueur; pouls à 92, d'un volume médiocre, un peu redoublé.

Souffle parfaitement caractérisé au premier temps à gauche.

Id. Diète.

14 *avril.* Pouls 96-100. — Le poignet droit redevenu un peu douloureux; le poignet gauche l'est beaucoup moins.

Cat. laud. poignets; diète.

15 *avril.* Toutes les jointures, à l'exception de l'épaule gauche dont les mouvemens sont un peu gênés, sont dégagées: le malade remue facilement les membres, et défait lui-même ses bandages avec beaucoup de facilité.

Sueurs assez copieuses la nuit précédente; pouls à 88, encore tendu, assez rebondissant.

Souffle au cœur toujours bien distinct.

Vésicat. rég. précord.; compresses alum.; 1 *bouil. coupé.*

16 *avril.* Les jointures continuent à bien aller.

Le souffle semble un peu diminué; pouls à 88-92.

Pans. vésicat. digit. pulv. gr. 6.; 1 *bouil.; soupe aux herbes.*

19 *avril.* Le souffle diminue sensiblement.

Le pouls à 64-68, pas notablement redoublé.

Quart. Côtelette.

20 *avril.* Le vésicatoire est à-peu-près sec. — Chaleur de la peau mormale.— Souffle du cœur à peine marqué.— Pouls à 72.

Eau de Seltz. Demie. Côtelette.

22 *avril.* Le bruit de soufflet a complètement disparu. Le premier bruit est seulement un peu moins clair qu'à l'état normal.

23 *avril.* Un peu de saillie au niveau du mamelon gauche, et vers les cartilages de la quatrième et de la troisième côtes. Le cyrtomètre marque un peu au-dessous de 12 à gauche, et un peu au-dessous de 9 à droite, dans la région correspondante. Au-dessous de la région indiquée à gauche, un peu d'aplatissement. La région précordiale n'est que très médiocrement ébranlée par le choc de la pointe du cœur.—Matité de cet organe, 2 p. 5 lig. verticalement, et 2 p. 3 lig. transversalement.

A la main, l'impulsion se fait aussi très médiocrement sentir, et sans aucune espèce de frémissement.

Les deux bruits de claquement bien distincts : le second tout-à-fait pur ; le premier est un peu enroué, avec un souffle voilé ; ils sont tous deux bien réguliers.

Bruit de diable bien distinct dans les carotide et sous clavière droites, peu distinct dans les gauches.

Le malade est généralement encore un peu pâle. Il n'éprouve aucune gêne de la respiration, et peut monter l'escalier sans être essoufflé.

Pouls à 52-56, un peu tendu, non redoublé.

Les articulations sont tout-à-fait dégagées.

Le malade, se trouvant très bien, demande sa sortie.

SECONDE CATÉGORIE.

Cette catégorie comprend vingt-deux cas de moyenne intensité. Les huit derniers cas participent à-la-fois des cas moyens et des cas légers. Ils servent comme de transition entre les premiers cas de la seconde catégorie et ceux de la troisième.

OBSERVATION LXXXI. — Rhumatisme articulaire aigu des membres inférieurs, avec endocardite. — Cas moyen. — En trois jours, six saignées, générales (4) et locales (2) qui ont fourni 18 palettes ou 4 livres 8 onces de sang.— Convalescence commençante le cinquième jour après l'entrée. — (La maladie a été réellement *jugulée*).

Salle des hommes, n° 7. Signe, âgé de vingt-quatre ans,

garçon sellier, place de la Bourse ; malade depuis trois jours, entré le 6 juin 1838, sorti le 25 du même mois.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, peau blanche et fine, cheveux châtains; d'une bonne santé habituelle.

Il y a quatre ans, légère attaque de rhumatisme articulaire borné aux coude-pieds, et dont il fut guéri au bout d'un mois après avoir pris des bains d'eau sulfureuse naturelle. Il ne lui resta aucun accident à la suite de cette attaque; il pouvait marcher vite et monter sans éprouver ni palpitations ni essoufflemens.

Trois jours avant son entrée, il fut pris de douleurs vives dans les orteils d'abord, puis dans les coude-pieds et les genoux, douleurs qui ont persisté à-peu-près au même degré.

Un médecin appelé prescrivit, sans succès, des frictions calmantes.

Le malade attribue son rhumatisme à une sueur rentrée.

Il fut apporté à l'hôpital sur un brancard offrant alors l'état suivant :

Les genoux et le pied droit douloureux offrent un gonflement assez marqué; le pied gauche est moins gonflé; un peu de rougeur autour des petites articulations des pieds, la pression augmente beaucoup les douleurs; le malade ne peut exercer aucun mouvement de la jambe droite qui est maintenue dans un état de demi-flexion.

Pouls à 104, médiocrement développé, assez souple ; point de voussure ni de frémissement vibratoire notable à la région précordiale ; *impulsion du cœur assez obscure; l'étendue de la matité de la région précordiale est de 3 pouces en tous sens; premier bruit du cœur sourd; le second bien plus sourd encore et accompagné de souffle distinct;* respiration et résonnance des deux côtés de la poitrine, normale.

Pommettes colorées; fond du visage d'un jaune pâle; langue blanche, saburrale, humide; soif modérée; ventre affaissé, assez souple et indolent.

Saignée de 3 palettes.

7. Les deux genoux sont un peu moins douloureux, mais les pieds sont dans le même état que la veille : ils sont gonflés et

tendus, surtout le gauche; rougeur par plaques de la peau et gonflement très marqué des veines sous-cutanées; le moindre mouvement rend les douleurs intolérables; peau chaude (37°), sans sueur; pouls à 96, médiocrement développé, assez résistant, non redoublé.

Premier bruit du cœur presque entièrement effacé dans la région des cavités gauches, le deuxième un peu moins effacé, tous les deux accompagnés d'un bruit de frottement râpeux, avec un peu de souffle dans la région de l'aorte sous-sternale; dans la région des cavités droites, les deux bruits sont moins étouffés qu'à gauche bien que moins clairs qu'à l'état normal; impulsion du cœur très sensible à la main, et sans frémissement vibratoire notable. — Point de bruit de diable dans les artères.

Urine claire, d'un jaune orangé, d'une odeur de bouc, très acide.

Caillot de la saignée en partie adhérent, en partie entouré de sérosité bien claire, recouvert d'une couenne bien organisée, mince; ce caillot est de bonne consistance.

Saignée de 3 palettes matin et soir, ventouses scarifiées sur la région du cœur 3 pal.; cataplasmes sur les articulations; violette-bourrache et orge-chiendent, sirop de gomme 5 pots; diète.

8. Diminution considérable des douleurs et du gonflement des genoux et des pieds, dont les mouvemens ont recouvré en partie leur liberté; le poignet droit est devenu douloureux avec tension et un peu de gonflement (sa circonférence est de 6 pouces 5 lignes, et celle de l'autre de 6 pouces 4 lignes), tout le réseau veineux qui l'entoure est bien plus développé que celui du poignet opposé (notons à cette occasion que les veines des pieds sont maintenant affaissées, et que les plaques rouges, dont ils étaient le siège, ont complètement disparu).

Pouls à 88; chaleur modérée de la peau sans sueur; *point de changement notable dans les bruits du cœur.*

Caillot des deux saignées médiocrement rétracté, recouvert d'une couenne bien organisée, d'une 1/2 ligne d'épaisseur; sérosité en quantité médiocre. — Rondelles des ventouses glutineuses, réunies en un seul caillot.

Saignée de 3 palettes; ventouses scarifiées région du cœur 3 palettes; le reste idem.

9. Le malade se sent bien soulagé; le poignet, comme les articulations des membres inférieurs, est sensiblement dégonflé et plus mobile; pouls à 80, un peu embarrassé; chaleur de la peau presque normale, sans sueur.

Les bruits du cœur se dégagent sensiblement, bien qu'ils soient encore étouffés, et que le premier soit accompagné d'un souffle très distinct dans la région des cavités gauches, souffle qui diminue à mesure que l'on remonte le long de l'aorte sous-sternale; impulsion du cœur toujours assez superficielle et soulevant légèrement la main qui explore cet organe; matité un peu diminuée d'étendue, saillie en forme de côte à la partie interne du mamelon; commencement de bruit de diable dans la carotide droite, le malade restant couché.

Sommeil bon, calme; soif modérée, urine d'un jaune d'ambre, claire, acide.

Caillot de la saignée d'une consistance et d'une élasticité *glutineuse*, mais sans couenne; sérosité pas trop abondante. — Rondelles des ventouses glutineuses.

Vésicatoire région du cœur; compresses aluminées et bandage compressif autour du poignet droit.

10. Le malade va très bien; le poignet est dégagé; pouls à 76, encore un peu embarrassé.

Bien que auscultés à travers le vésicatoire, les bruits du cœur sont sensiblement plus distincts que la veille.

Convalescence commençante.

Digitale 6 *grains sur le vésicatoire, une tasse de bouillon et un peu de gelée de groseilles.*

11. La convalescence se confirme; pouls à 72.

Deux bouillons, une soupe aux herbes et des pruneaux.

12. Chaleur normale de la peau; pouls calme, à 72; bruits du cœur bien distincts en comparaison de l'état antérieur, encore moins clairs cependant qu'à l'état normal; impulsion modérée.

Même régime.

13. La guérison se soutient bien.

Un huitième d'aliment, un bain; on continue la digitale.

19. Le second bruit est clair et bien frappé ; le premier est encore un peu sourd, accompagné d'un léger souffle qu'on entend bien surtout au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; impulsion du cœur toujours modérée ; pas de frémissement vibratoire.—Léger bruit de diable intermittent dans la carotide droite.

Pouls à 48 ; température de la peau à 33° ; bon appétit ; le malade se sent tout-à-fait guéri (il mange déjà la demie).

25. *Exeat. Les deux bruits du cœur sont complètement dégagés de souffle anormal, bien qu'il existe encore un léger bruit de diable dans la carotide droite ; nulle saillie à la région précordiale ; pouls à* 52.

Belle et solide guérison.

OBSERVATION LXXXII.— Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec coïncidence d'endocardite, peut-être aussi d'aortite. — Formation de concrétions ? — Cas moyen.— En quatre jours, six saignées, générales (4) et locales (2) qui ont fourni 17 palettes ou 4 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante le huitième jours après l'entrée.

SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU, 7. Le nommé Edouard Gené, âgé de dix-sept ans, journalier, demeurant rue Thévenot, 1, né à Rouen, Seine-Inférieure.

Malade depuis treize jours, depuis huit surtout ; entré le 15 novembre 1838, sorti le 19 janvier 1839.

Constitution faible, tempérament lymphatico-nerveux, cheveux châtains ; à Paris depuis six semaines.

Le malade a commencé par éprouver, le premier jour, des douleurs dans les genoux ; le lendemain, la douleur a envahi les pieds ; il y a quatre jours, l'épaule gauche, ainsi que les articulations de la main du même côté sont devenues douloureuses. Toutes ces articulations étaient en même temps gonflées. Le malade a continué à travailler pendant les cinq premiers jours ; depuis ce temps, il s'est mis au lit et ne s'est levé que pour se promener un peu, il y a quatre jours.

Aucun traitement. — Le malade a continué, dit-il, à manger comme à l'ordinaire.

Le jour où il est tombé malade, il avait fait un grand nombre de courses, s'était senti fatigué, et après avoir eu

chaud, s'était exposé, pendant une demi-heure, à l'air froid.

Etat actuel, le 15 novembre, jour de l'entrée.

Figure pâle, un peu maigre ; peau chaude, sèche.

Le genou gauche est gonflé, et l'on y sent de la fluctuation d'une manière très sensible : il présente une circonférence de douze pouces sept lignes, tandis que le genou droit ne présente qu'une circonférence de onze pouces sept lignes; le poignet gauche, et les trois premières articulations métacarpo-phalangiennes sont rouges, gonflées, douloureuses.

Pouls à 92, médiocrement développé, dur.

Matité du cœur normale; pas de voussure de la région précordiale ; le premier bruit du cœur est accompagné d'un souffle un peu rude, dans toute la région précordiale, se prolongeant le long de l'aorte sous-sternale.

Point de bruit de diable dans les artères carotides.

Résonnance et respiration bonnes des deux côtés en avant et en arrière.

Saignée de 3 palettes.

16 novembre. Soulagement notable, surtout pour le genou et pour l'épaule gauches; le poignet est un peu moins rouge et moins tendu que la veille, mais encore gonflé ; légère tension et turgescence des veines du dos de la main ; la douleur augmente par la pression.

Le genou gauche encore gonflé offre de la fluctuation : la rotule est évidemment soulevée par un liquide, dont on constate la présence en imprimant à cet os des mouvemens de va-et-vient ; la circonférence du genou est toujours de douze pouces six lignes.

Pas de douleur dans aucun point de la poitrine.—Battemens du cœur comme la veille, se faisant sentir dans toute la région précordiale ; la matité du cœur occupe une étendue de trois pouces verticalement, de deux pouces huit lignes transversalement; pas de frémissement vibratoire; au premier temps, beau bruit de souffle râpeux dans les régions des deux orifices gauches, augmentant d'intensité au niveau de l'orifice aortique et tout le long de l'aorte sous-sternale; le second bruit à-peu-près normal.

Pouls à 88, évidemment moins développé que ne le comportent l'état fébrile et la constitution du sujet, non redoublé.

Pas de souffle continu dans les carotides.

Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière.

Pas de céphalalgie; insomnie, un peu de sueurs cette nuit; peau de chaleur modérée, ni sèche ni moite; ventre souple, une seule selle hier; langue rosée, humide; soif modérée; le malade prétend avoir de l'appétit.

Le caillot de la saignée adhère dans le quart de sa circonférence, rétracté dans le reste de son étendue, offrant quelques traces de couenne, ferme, supportant son poids sans se rompre. — Sérosité claire, limpide, en médiocre quantité.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. sur le genou gauche 3 pal.; cataplasme.

Infus. de guim. et de bourrache. sir. gom. 2 pots; solut. sirop de gros. 1 pot; diète.

17 novembre. Il se trouve bien. Il ne souffre plus du genou, mais seulement vers la partie supérieure et externe de la cuisse; le doigt annulaire du côté droit, et la main gauche sont gonflés et douloureux; la fluctuation du genou gauche a complètement disparu; la rotule est appliquée sur les condyles du fémur : circonférence de ce genou, douze pouces.

Pouls à 72, un peu plus serré que la veille.

Souffle râpeux dans la région des cavités gauches, plus pur, et plus moelleux dans la région de l'aorte, se propageant jusque dans les régions latérales du cou, sans bruit de souffle dans les carotides.

Le sang de la saignée offre un caillot rétracté, recouvert d'une couenne de une à deux lignes d'épaisseur; le caillot est d'une bonne consistance.

Les rondelles des ventouses réunies en une masse analogue au caillot d'une saignée, recouvertes de quelques parcelles de couenne. Sérosité limpide.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. rég. précord. 2 pal.; 10 sangsues main gauche; catap.; compresses aluminées genou gauche; mêmes boissons; diète.

18 novembre. La main et le poignet gauches sont à-peu-

près dégagés, quoiqu'il n'ait pris que cinq sangsues; mais la main, le poignet et l'épaule droits sont rhumatisés.

Un peu de sueur acide au visage; pouls à 80-84, passablement développé, non redoublé; le premier bruit du cœur, beaucoup plus distinct dans la région des cavités gauches, presque pur; le souffle sous-sternal ne consiste plus qu'en un très léger râpement; en même temps, un bruit de diable fort distinct se fait entendre dans les carotides dans la position couchée.

Le caillot de la saignée un peu moins rétracté que celui de la veille, recouvert d'une couenne bien formée, moins épaisse qu'hier. Ce caillot ainsi que celui formé par la réunion des rondelles des ventouses, d'une bonne consistance; sérosité claire, transparente, légèrement verdâtre, non rougie.

Saig. 3 pal.; cat. sur la main et le poignet droits; compresses aluminées genou et main gauches; mêmes boissons; diète.

19 novembre. Le bras et la main droits sensiblement dégagées; le genou et le poignet gauches revenus presque à l'état normal; douleur dans la cuisse gauche.

Pouls à 84, souple, un peu flasque.

Premier bruit du cœur un peu plus râpeux que la veille.

Le sang offre un caillot recouvert d'une couenne encore épaisse d'une bonne ligne, ferme. Sérosité médiocrement abondante.

Vésicat. rég. précordiale; compresses aluminées; lav. émoll.; mêmes boissons; diète.

20 novembre. Il dit aller très bien ce matin et avoir bien dormi.—La main et le poignet gauches entièrement dégagés, ainsi que la main droite; persistance d'une légère douleur dans la cuisse et l'aine gauches, douleur qui ne se manifeste que dans les mouvemens soit du corps, soit du membre seulement; le genou gauche, complètement revenu à son état normal, offre une circonférence de onze pouces trois à quatre lignes; le droit en présente une de onze pouces trois lignes.

Pouls à 96; très léger souffle au premier temps dans la région des cavités gauches, et dans l'étendue de l'aorte sous-sternale.

Un peu de sueur ce matin ; langue blanche, un peu sèche ; soif.

Pansement du vésicat. avec digitale pulv. gr. vj; *cat. laud. cuisse gauche ; guim. bourr. sir. gom.* 2 *p.; sol. sir. gros.* 1 *p.; diète.*

21. novembre. Les genoux et les poignets sont complètement dégagés ; la douleur des deux épaules est si légère que le malade la confond avec de la faiblesse : il exécute assez librement les mouvemens d'élévation, d'abaissement et de rotation ; la douleur de l'aine gauche continue à se faire sentir, lorsque le malade exécute quelques mouvemens.

Le souffle du cœur a beaucoup diminué, et a perdu considérablement de sa rudesse.

Pouls à 92, médiocrement développé, assez résistant.

Même prescription, plus 2 *pil. extrait gommeux d'opium, demi grain chacune ; diète,*

22 novembre. Peau de chaleur modérée, un peu sudorale; moins de soif; langue blanche à sa face supérieure; un peu d'appétit.

Pouls à 76, non redoublé.

Convalescence commençante.

Même boisson; 1 *bouillon coupé.*

23 novembre. Les deux poignets sont redevenus douloureux, mais sans gonflement notable; toujours un peu de sueur.

Le souffle du cœur et de l'aorte est encore bien distinct, au premier temps.

Pouls à 76-80.

Langue un peu blanche, sèche, collante. — Cependant le bouillon a bien passé.

Viol. guim. sir. gom. 2 *p.; cat. poignet; pans. vésicat. digitale gr* vj; 1 *bouil. coupé;* 12 *pruneaux.*

24 *novembre.* Battemens du cœur moins forts; le souffle du premier temps est fort léger; pouls à 72-76.

Les genoux et les poignets sont moins douloureux.

Langue un peu blanche, humide.

Id.—Id.

25 novembre. La main et le poignet droit sont les seules parties qui soient encore un peu douloureuses.

Pouls à 64; bruits du cœur calmes; souffle à peine sensible; chaleur de la peau modérée sans sueur.

Sécher le vésicat.; pot. gom. digitale pulv. gr vj.; 1 *bouil.; soupe aux herbes, prun.*

26 novembre. Il ne reste plus qu'une douleur assez légère dans les deux bras; toutes les jointures sont dégagées.

Pouls à 48; chaleur de la peau normale, sans sueur; le premier bruit à peine un peu râpeux.

Convalescence bien décidée.

Id.—Id.

27 novembre. Il continue à bien aller. — Pouls à 52-56. — L'appétit revient chaque jour: la langue est recouverte d'une couche moins épaisse, un peu sèche.

Cesser la digitale. Un huit. d'alim. (*œuf*); *demi-tasse de vin.*

29 novembre. Pouls à 48-52.

Il ne reste plus qu'un peu de douleur dans deux doigts de la main droite.

Cat. laud. — Un huit. maigre; lait; vin.

3 décembre. Pouls à 60; la région précordiale plutôt un peu déprimée que voûtée; les deux bruits assez purs, le premier très légèrement voilé; on n'entend plus dans ce moment le bruit de diable des sous-clavières et des carotides.

Il ne reste plus qu'un peu de faiblesse.

Lav. huile d'amandes douces ℥ ij; *demie d'alimens.*

8 décembre. Pouls à 60; bruits du cœur normaux, si ce n'est que le premier est un peu voilé.

Guérison complète.

Trois quarts d'alimens.

19 janvier. Le malade étant guéri depuis long-temps et se sentant bien, on lui donne sa sortie.

Exeat.

OBSERVATION LXXXIII. — Rhumatisme articulaire aigu d'intensité modérée. — État du cœur douteux d'abord, mais les signes d'une endocardite se manifestent bientôt. — Plus tard, un peu de frottement pleural. — Cas moyen. — En trois jours, cinq saignées, générales (3) et locales (2) qui ont fourni 16 palettes ou 4 livres de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après le commencement du traitement et le septième après l'entrée. — Recrudescence. — Pas de nouvelles saignées. — Nouvelle convalescence dix jours après la recrudescence.

SALLE DES HOMMES, n° 13. *Le nommé Dupuy, âgé de* 36 *ans ; tailleur ; rue du Potier-d'Étain,* 24 ; *malade depuis* 5 *jours, entré le* 16 *février* 1838, *sorti le* 9 *avril* 1838.

D'une constitution un peu délicate, mince ; cheveux d'un châtain foncé, peau fine. A Paris depuis deux ans.

Il y a seize ans, une première attaque de rhumatisme articulaire pour laquelle il garda le lit pendant six semaines ; *bains pour principal traitement.*

Il y a environ dix ans, seconde attaque, plus légère que la première, et qui ne dura que trois semaines.

Il y a cinq ans, troisième attaque avec récidive, en sorte que le malade ne fut rétabli qu'après environ trois mois. (*saignées et sangsues.*)

Enfin, il y a trois ans, quatrième attaque, mais légère et dont il fut quitte au bout de trois semaines, sans traitement bien actif.

Il assure qu'il ne lui est resté aucun accident à la suite de ces quatre attaques.

Son père paraît avoir éprouvé une attaque de rhumatisme vers l'âge de quarante ans.

Cinq jours avant l'entrée, le malade fut pris de douleurs dans la région lombaire, et qui s'étendirent successivement aux deux genoux, au pied gauche et aux coudes.

Le malade a gardé le lit durant les trois jours qui ont précédé son entrée.

Pour tout traitement, il a pris une *infusion de thé et s'est mis à la diète.*

17, *à la visite du matin.* Persistance des douleurs dans les parties indiquées ; le genou gauche est actuellement la partie dont le malade souffre le plus, et le moindre mouve-

ment y augmente la douleur ; chaleur et moiteur de la peau, pouls à 92, souple, développé.

Pas de voussure notable dans la région précordiale, dont la *matité est de 2 pouces 9 lignes verticalement et 2 pouces transversalement ;* battemens du cœur sensibles à la main avec tintement métallique très clair au premier temps ; *les bruits valvulaires sont secs, moins éclatans qu'à l'état normal,* mais sans souffle distinct ; *léger bruit de froissement vers la partie inférieure du sternum.*

Langue rosée, humide, inappétence, soif modérée ; douleurs dans les parois abdominales sans saillie du ventre, avec un peu de gargouillement dans la région iléo-cœcale.

Saignée de trois palettes ; ventouses scarifiées au genou gauche quatre palettes ; cataplasmes sur les articulations douloureuses et fomentations narcotico-émollientes sur l'abdomen ; solution sirop de gomme, violette-bourrache sirop de gomme ; diète.

18. Soulagement: nulle douleur au genou ventousé, mais l'autre genou et les deux coudes continuent à être douloureux; le tintement du premier temps des battemens du cœur a disparu, *mais le premier bruit est presque entièrement effacé*, le deuxième consistant en un claquement toujours un peu sec.

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne assez mince et sans retrait ; la sérosité est déposée à la surface du caillot (la saignée à mal coulé et par un petit jet); sérosité des ventouses non rougie ; rondelles réunies en une seule masse de bonne consistance et avec rudiment de couenne.

Une saignée de 3 palettes ; compresse aluminée sur le genou gauche et bandage compressif ; le reste idem.

19. Mieux ; toutefois, le pied, le genou droit et les épaules ne sont pas complètement dégagés, et depuis hier il est survenu une douleur à la main droite et au cou ; pouls à 84, souple, bien développé ; un peu de moiteur.

Bruit de souffle bien distinct au-dessous du sein gauche, absorbant le premier bruit; le second bruit comme la veille.

Caillot recouvert d'une couenne mieux formée que celle de la veille, entourée d'une sérosité jaune-verdâtre.

Saignée 3 palettes; ventouses scarifiées région du cœur 3 palettes; le reste idem.

20. Nouvel amendement; mouvemens plus libres; pouls à 80-84; *persistance du souffle au premier temps dans la région des cavités gauches du cœur.*

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne jaune-verdâtre; rondelles des ventouses de bonne consistance.

Vésicatoire sur la région précordiale.

21. *Souffle du cœur moins prononcé et permettant de distinguer le premier claquement;* sueur abondante et agitation la nuit dernière; chaleur modérée ce matin; la douleur du cou augmente pendant la déglutition; elle n'est accompagnée ni de rougeur ni de gonflement dans l'arrière-gorge (rhumatisme du pharynx?); encore de la douleur au coude droit.

Digitale 6 *grains sur le vésicatoire.*

22. Peu de changement; pouls à 84; quelques sudamina sur le côté gauche du cou (le malade a encore sué cette nuit).

Même prescription.

23. Les douleurs ont à-peu-près entièrement disparu, et le malade a bien dormi cette nuit pour la première fois depuis dix jours; *premier bruit encore obscur.*

Commencement de convalescence (*un bouillon*).

24, 25 et 26. Le malade se plaint d'une douleur dans le côté droit, où la percussion et l'auscultation ne révèlent rien d'anormal; bras gauche douloureux; pouls à 80.

27 et 28. Récrudescence; *retour du souffle au premier temps; pouls à* 96 *et sueurs générales* (*suppression du bouillon*).

1er mars. Depuis la veille au soir, gêne de la respiration (32 à 36), résonnance assez bonne en arrière, mais bruit de frottement pleural bien distinct à droite et à gauche; peut-être un peu de crépitation à droite pendant l'inspiration; pouls à 100-104; *bruits du cœur de plus en plus étouffés et toujours souffle au premier temps.*

Vésicatoire partie postérieure de la poitrine.

2. Respiration encore gênée; nulle douleur aux membres; pouls à 92-96, souple; moiteur; *toujours souffle distinct avec douleur légère dans la région précordiale.*

3. Retour de quelques douleurs dans les deux coudes et dans tout le bras gauche ; sueurs générales ; pouls à 96.

4 et 5. Légère épistaxis ; sueurs abondantes et chaleur moins forte ; le bras gauche toujours douloureux ; pouls à 80-84.

6 et 7. Soulagement : pouls à 84 ; sueur sur la poitrine (non acide).

Un bouillon, un potage, une tasse de lait.

8 et 9. Le mieux se soutient (*un bain*).

10. Nouvelle convalescence bien confirmée : chaleur normale sans sueur ; un très léger *souffle encore au premier temps.*

Urines acides, devenant un peu louches par l'acide nitrique, mais s'éclaircissant ensuite par un excès d'acide.

Un huitième d'aliment.

11. Même état (3 *pilules de* 2 *grains chacune de poudre de digitale*).

Du 12 au 17. Le pouls tombe à 68, 60, 56 ; le malade se trouve bien en tout, à part un peu de douleur au devant de la poitrine (*il mange le quart*).

19. *Toujours un peu de souffle au premier temps;* un peu de bruit de diable dans les carotides, surtout à gauche (*eau de Seltz; la demie*).

Les jours suivans, il reste à peine un peu de souffle au premier temps ; le visage est moins pâle ; il n'existe de bruit de diable que dans la carotide gauche.

9 avril. Le malade sort parfaitement guéri. Le premier bruit du cœur est un peu obscur, mais sans souffle distinct, bien qu'il existe encore dans la carotide et la sous-clavière gauches un bruit de diable fort et diffus ; la pâleur que présente le malade est à-peu-près celle qui lui est, dit-il, habituelle ; pouls à 68-72 (la digitale a été supprimée depuis 15 jours à trois semaines) ; la respiration est bonne partout, bien libre, et le frottement pleural indiqué plus haut, a complètement disparu depuis déjà long-temps.

OBSERVATION LXXXIV. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé fébrile chez une jeune femme un peu chloro-anémique. — Coïncidence d'un bruit de souffle dans la région du cœur et bruit de diable dans la carotide droite.— — Cas moyen.— En trois jours, six saignées, générales (4) locales (2) qui ont fourni 16 palettes ou 4 livres de sang. — Convalescence commençante le septième jour après l'entrée.

Salle Sainte - Madeleine, n° 2. La nommée Millard (Louise), âgée de dix-neuf ans, domestique, demeurant rue des Blancs - Manteaux, née à Saint - Florentin (Yonne); malade depuis six jours; entrée le 15 avril 1839, sortie le 2 mai 1839, rentrée le 3 juin, sortie de nouveau le 1er juillet 1839.

Constitution moyenne, tempérament lymphatico-nerveux; cheveux châtains, peau blanche, fine, mince; à Paris depuis trois ans.

Réglée depuis quatre mois; durée ordinaire des règles, six jours. Il y a huit jours que ses règles auraient dû paraître pour la dernière fois; mais elles ont manqué.

Sa santé est habituellement bonne; elle paraît seulement être sujette à quelques flueurs blanches, dont on trouve des traces sur sa chemise.

Il y a environ dix jours qu'elle a éprouvé un peu de mal à la gorge, avec difficulté dans la déglutition. Une saignée lui a été pratiquée pour cette indisposition, et le lendemain, il lui est survenu un érysipèle du visage contre lequel on a employé des sinapismes aux jambes. Cet érysipèle s'est terminé au bout de huit jours; elle présente encore des traces de desquamation au visage.

Il y a six jours, elle a commencé à éprouver des douleurs dans le genou et le pied droits, douleurs augmentant à la pression, et au moindre mouvement. Ces deux articulations sont devenues en même temps gonflées. Lorsque les douleurs sont survenues, la malade restait encore au lit, convalescence de son érysipèle.

La malade déclare que son père, sa mère et ses quatre frères et sœurs, ne sont pas sujets aux affections rhumatismales.

Elle ne sait pas s'il faut attribuer ses douleurs à un refroidissement

Il y a trois jours, elle a commencé à éprouver de nouvelles douleurs dans le genou et le pied gauches, avec gonflement de ces articulations ; ces douleurs augmentaient par le moindre mouvement.

Etat actuel, *le* 15 *avril, au soir :*

Figure animée, fond pâle ; pouls à 120, assez fort, tendu ; le premier bruit du cœur est accompagné d'un souffle bien marqué, se faisant entendre dans toute la région précordiale ; beau bruit de diable dans la carotide droite, dans la position assise ; résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière des deux côtés; peau chaude, sèche; langue pointue, rouge, sèche ; rien du côté du ventre.

Saignée de 3 *palettes.*

16 avril. Pas de soulagement notable depuis la saignée. — Le genou gauche, les deux articulations tibio-tarsiennes et les épaules sont douloureux ; le genou gauche et l'articulation tibio-tarsienne du même côté sont gonflés ; une petite rougeur sous forme de roséole vers le coude-pied droit; on observe la même teinte vers l'articulation métatarso-phlalangienne du gros orteil gauche; les mains et les coudes sont libres.

Chaleur de la peau augmentée ; point de sueur.

Pouls à 104-108, assez tendu, bien développé eu égard à l'état chloro-anémique.

Matité de la région précordiale, 3 pouces verticalement ; on ne peut bien la déterminer transversalement à cause du volume du sein; pendant le premier bruit du cœur, on entend un très beau souffle filé, un peu râpeux, ayant son maximum d'intensité au niveau des cavités gauches, et surtout vers l'orifice auriculo-ventriculaire; le souffle disparaît complètement dans la région des cavités droites; l'impulsion du cœur est brusque, plus forte qu'à l'état normal ; dans la région de la carotide gauche, on entend par propagation le bruit de souffle du cœur, sans bruit de diable; dans la carotide droite, il existe un bruit de diable qui masque le bruit de souffle (l'exploration a été faite, la malade étant dans la position couchée); pas de frémissement vibratoire dans la région du cœur.

Caillot passablement rétracté, recouvert d'une belle

couenne d'une ligne et demie d'épaisseur sur ses bords, analogue à une peau de chamois, d'un aspect semblable à de la glu très résistante; le caillot sous-jacent, d'une consistance médiocre, sérosité abondante, d'un jaune citron.

Saig. 3 pal. le matin; saig. 2 pal. le soir; vent. scarif. sur le genou droit et sur le cou-de-pied 3 pal.; cat.

Guim. bourr. sir. gom. 3 p.; sol. sir. gros. 1 p.; diète.

17 avril. Les douleurs ont diminué dans les genoux et le pied gauche, mais le pied droit paraît s'être pris; cependant, aucune des jointures des membres inférieurs n'offre de gonflement bien notable, ni de fluctuation; une légère épistaxis ce matin.

Pouls à 104-108, assez développé, résistant, mais un peu fluctuant quand on le presse.

Le souffle du cœur, toujours parfaitement caractérisé, absorbant le premier bruit, et ayant le même siége qu'hier.

Chaleur de la peau, modérée; point de sueur.

Le caillot de la première saignée est plus rétracté que celui de la seconde; tous deux sont recouverts d'une belle couenne, épaisse, résistante.

Les rondelles sont réunies en un caillot entouré d'une sérosité claire, abondante; çà et là, quelques parcelles de couenne sur le caillot, qui est en même temps d'une glutinosité modèle.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. sur la rég. précord. 2 pal.; cat. émoll.

Guim. bourr. sir. gom. 2 p.; sol. sir. gros. 1 p.; diète.

18 avril. La malade dit se trouver très bien : elle ne souffre plus qu'un peu dans les pieds; les douleurs sont nulles dans les genoux et les épaules; les genoux ne présentent ni gonflement, ni rougeur.

Chaleur modérée de la peau, sans sueur; pâleur du visage très marquée.

Pouls à 100-104, frémissant à une pression légère, assez développé; beau bruit de diable dans la carotide et la sous-clavière droites, dans la position couchée; pas de bruit de diable dans les artères correspondantes du côté gauche.

La matité du cœur a diminué verticalement dans l'étendue

d'un demi-pouce à un pouce ; le souffle est toujours très marqué, plus moelleux, moins rude, ne masquant pas complètement le claquement du premier temps.

Le caillot de la saignée, non rétracté, mais presque entièment formé par une couenne infiltrée ; le reste consiste en un caillot mou, presque semblable à du sang liquide ; en comprimant la couenne, on en fait découler toute la sérosité qu'elle contenait.

Sérosité des ventouses non rougie ; rondelles réunies en un caillot qu'on peut soulever sans le rompre, glutineux, sans couenne.

Guim. bourr. sir. gom. 2 p.; cat. teint. digitale g. XXX, *rég. précord.; compresses aluminées sur les pieds; 2 pil. digit. pulv. gr. ij et extr. gom. opium, un demi-grain; diète.*

19 avril. Elle n'éprouve aucune douleur ; elle a assez bien passé la nuit, mais elle a eu un vomissement après avoir pris les pilules. La matière du vomissement est une petite quantité de liquide verdâtre, qui paraît contenir une poudre brune, semblable à la digitale.

Pas de sueur ce matin.

Pouls à 88, moins fluctuant, passablement développé.

Battemens du cœur d'une force assez modérée ; le souffle, à-peu-près comme la veille, bien limité au premier temps.

Guim. bourr. s. gom. 2 p.; 1/2 *lavem. digit. gr.* IV; *compresses aluminées, diète.*

20 avril. Il n'est pas survenu de douleurs. La malade a bien dormi, et ne se plaint ce matin que de faiblesse. Peau de chaleur modérée, douce au toucher. Les différentes jointures, examinées avec soin, se meuvent sans douleur, et ne présentent ni rougeur, ni gonflement.

Langue rosée, humide ; bouche pâteuse ; un peu d'appétit.

Pouls encore à 108-112, mou plutôt que dur, médiocrement développé.

Le souffle toujours fort, se propageant dans une grande étendue, filé, sec, râpeux, envahissant une partie du second temps, se faisant entendre même à la partie postérieure de la poitrine.

Cat. teint. digit. g. XXX ; 1 *bouillon coupé.*

21 avril. Elle continue à se bien trouver, ne se plaint plus de rien. Peau de chaleur douce; point de sueur.

La malade dit sentir, par intervalles, des battemens de cœur plus forts que d'ordinaire.

Pouls à 96, un peu plus résistant, cependant encore un peu flasque.

Le souffle, à-peu-près comme la veille.

Convalescence commençante.

Mêmes boissons; julep. digit. gr. IV; *cat. arrosé de teint. digit. sur la rég. précord.;* 1/2 *lavem. digit. gr.* IV; 1 *bouillon coupé; lait.*

22 avril. La malade va de mieux en mieux.

Pouls à 76-80; impulsion du cœur moins forte; le souffle est toujours bien distinct, mais moins fort.

Chaleur de la peau, normale.

Langue moins rouge, plus humide; retour de l'appétit; une seule selle après le lavement.

Idem; 1 *bouillon; tasse de lait;* 1 *biscuit; eau rougie.*

23 avril. Elle se trouve bien sous tous les rapports. L'appétit devient de plus en plus vif. Peau tout-à-fait fraîche.

Pouls à 72, régulier; souffle moins râpeux; le second bruit est dégagé; la malade n'éprouve rien du côté cœur, dans l'état de repos.

Idem; 2 *bouillons;* 1 *potage; biscuit.*

25 avril. La malade se trouve parfaitement bien; pas de fièvre; appétit; persistance du souffle râpeux, qui diminue cependant, au lieu d'augmenter dans le trajet de l'aorte sous-sternale.

Mêmes boiss.; julep digit. gr. IV; 1/8 *d'alim.; œuf; lait.*

27 avril. Pouls à 60; beau bruit de diable dans la carotide et la sous-clavière droites, dans les positions assise et couchée; on n'entend, dans l'artère crurale, que le souffle par pression.

Matité du cœur, deux pouces six lignes verticalement; le volume du sein empêche de la limiter transversalement.

Pot gom. digit. gr. IV; *quart.*

29 avril. Elle continue à se trouver très bien. Quelques nausées après la potion. Pouls à 68-72.

Le souffle toujours encore bien marqué dans la région des cavités gauches, devenant moins fort et moins marqué dans la région de l'aorte sous-sternale.

Le souffle de la carotide droite présente des reprises bien marquées. A gauche, on entend un sifflement intermittent.

Supprimer la digitale; eau de Seltz; demie.

2 mai. Elle dit s'être levée hier, avoir monté à deux reprises l'escalier, sans avoir éprouvé de battemens de cœur notables, et se trouve très bien sous tous les rapports.

Impulsion du cœur modérée. On entend toujours le bruit de souffle un peu râpeux, et le bruit de diable dans la carotide droite. Pouls à 72, régulier.

Visage moins pâle. Elle demande sa sortie.

Demie; exeat.

La malade rentre à l'hôpital le 3 juin suivant. Depuis sa sortie, elle se sentait faible et n'a pu reprendre entièrement ses occupations habituelles; elle éprouvait toujours un peu de douleur dans les articulations des pieds. Les extrémités inférieures enflaient souvent le soir, et elle éprouvait des palpitations et de l'essoufflement en marchant vite ou en montant des escaliers.

Depuis huit jours environ, il lui est survenu un peu de rougeur érysipélateuse à la partie inférieure de la jambe droite. Appétit diminué depuis la même époque.

Etat de la malade le 3 juin au soir.

Pâleur générale de la peau; les jambes sont un peu infiltrées, surtout la droite, qui offre en même temps une légère rougeur érysipélateuse.

Le premier bruit du cœur accompagné d'un souffle râpeux, comme au moment de sa sortie.

4 juin. Encore un peu de rougeur érysipélateuse autour de la partie inférieure externe de la jambe droite, ainsi qu'à la partie externe du pied.

Aucune articulation ne présente de rougeur ni de gonflement.

Pouls à 116 (la malade dit ne pas être émue au moment de la visite). Le souffle râpeux remplace et absorbe complètement le bruit valvulaire dans la région des cavités gauches; il s'en-

tend au loin, à droite et à gauche de la poitrine; impulsion du cœur, forte, brusque, sans frémissement vibratoire; la matité difficile à limiter exactement, à cause du volume du sein, dans le sens transversal; verticalement, elle offre deux pouces et demi d'étendue.

Langue d'un rouge vif, comme écorchée; soif; appétit.

Saig. 2 *pal.; cat. émoll. sur la jambe droite avec laud. g.* XX; *org. chiend. s. gom.* 2 *p.; lav.; diète.*

5 juin. Elle se trouve un peu mieux. Peau un peu chaude; sueur cette nuit; langue d'un rouge un peu moins vif; pouls à 96.

Caillot bien rétracté, renversé sur ses bords; recouvert d'une couenne d'une bonne ligne d'épaisseur. Sérosité en proportion assez considérable.

Saig. 2 *pal.* 1/2; *cat. laud.; lav.; diète.*

6 juin. Les douleurs sont presque nulles; peau moins chaude, de température presque normale.

Pouls à 92-96; souffle du cœur un peu moins rude.

Le sang de la saignée, qui n'a pas très bien coulé à la fin, a fourni un caillot volumineux non rétracté, glutineux, parsemé de quelques traces de couenne.

Org. chiend. s. gom. 2 *p.; sol. sir. gros.* 1 *p.; cat.; diète.*

8 juin. Elle a éprouvé quelques légères douleurs qu'elle attribue au changement de température. Du reste, elle va bien. Chaleur à-peu-près normale; pouls à 84.

Eau de Seltz; 1 *bouillon; pruneaux.*

10 juin. Elle continue a bien aller, et s'est un peu levée dans la journée d'hier.

Pouls à 80; chaleur normale de la peau; souffle continu dans les artères.

Sol. sir. gom. 2 *p.—Quart.*

14 juin. Le bruit de souffle du cœur s'est transformé en piaulement ou roucoulement parfaitement caractérisé au premier temps; il est très facile à entendre, même pour ceux des assistans qui n'ont pas une grande habitude.

Pouls à 80.

Eau de Seltz.—Demie.

26 juin. Le piaulement continue; en même temps il y a un

bruit de diable dans les artères du cou de chaque côté : on entend bien le souffle à la partie postérieure du côté gauche de la poitrine, mais le piaulement ne s'y fait pas entendre.

Eau de Spa.—Demie.

29 juin. Le piaulement a disparu, et a été remplacé par le souffle primitif.

1er juillet. Les jointures sont bien dégagées depuis longtemps; la malade a repris un peu de couleurs et d'embonpoint.

Chaleur normale de la peau; pouls à 72, d'un volume passable.

La pointe du cœur bat à un pouce environ au-dessous du mamelon; son impulsion est modérée; le bruit de piaulement n'est pas revenu; le souffle lui-même a un peu diminué. Le claquement du deuxième bruit bien distinct.—En prolongeant l'auscultation, on finit par entendre de temps en temps le piaulement vers l'orifice aortique, moins fort toutefois qu'il n'a été dans le commencement.

Pas de souffle continu notable en ce moment dans les artères du cou, soit dans la position assise, soit dans la position couchée.

La malade demande sa sortie.

OBSERVATION LXXXV. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec légère endocardite gauche. — Cas moyen. — En deux jours quatre saignées, générales (3) et locale (1) qui ont fourni 13 palettes et demie, ou 3 livres 6 onces de sang, plus vingt sangsues avant l'entrée (4 livres à-peu-près en tout). —Convalescence le troisième jour après l'entrée.

Salle-Saint-Jean-de-Dieu, 16. Le nommé François Levert, âgé de 25 ans, scieur de long, demeurant rue Bellefonds, 10, né à Thyecourt (Oise), malade depuis huit jours, entré le 20 mai 1839, sorti le 20 juin 1839.

Constitution forte, tempérament sanguin, cheveux châtains, peau blanche, fine, mince, surtout pour un ouvrier, à Paris depuis neuf mois; santé habituellement bonne.

Deux mois après son arrivée à Paris, il a eu pendant quatre jours des douleurs dans les membres et presque partout le corps. Mais, à cette époque il ne souffrait pas des articula-

tions. Il n'a fait aucun traitement, et la maladie s'est dissipée d'elle-même.

Il y a quinze jours qu'il a commencé à éprouver dans les reins quelques douleurs *qu'il attribue à un effort*. Il y a huit jours, les douleurs sont devenues plus fortes et ont forcé le malade à suspendre ses occupations. A cette époque aussi, se sont développées sur les jambes des taches rouges, formant des duretés, circonscrites, et appartenant à *l'erythema nodosum.*

Depuis huit jours, il n'a pas quitté le lit, se levant seulement lorsqu'il fallait faire son lit; il y a six jours, on lui a appliqué 20 sangsues sur la région des reins.

Le même jour, la main et le poignet droits sont devenus gonflés et douloureux. Il y a trois jours, ces symptômes se sont dissipés du côté droit pour paraître sur les mêmes parties à gauche (*depuis le commencement de sa maladie, il a pris tous les jours de la soupe, et de temps en temps un peu de viande*).

Le malade dit avoir un père sujet aux affections rhumatismales ; sa mère, non plus que ses deux frères et ses quatre sœurs, ne paraissent pas y être sujets.

Son état l'expose à éprouver de la chaleur suivie de refroidissemens *brusques.*

État du malade le 20 *à la visite du soir.*

Figure pâle, teinte jaune; peau chaude, moite; le malade se plaint actuellement de douleurs dans le poignet, la main et le coude du côté gauche, et dans les deux genoux ; de toutes les articulations, il n'y a que la main et le poignet gauches qui soient sensiblement gonflés, de manière que l'apophyse styloïde du radius est effacée; le gonflement est accompagné de rougeur ; le malade remue bien les membres inférieurs, et dit n'éprouver de la douleur dans les genoux que quand il se tient debout; pouls à 96, développé.

Matité du cœur à-peu-près normale ; le premier bruit est accompagné d'un souffle rude, surtout au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; le second bruit est sourd.

Respiration normale en avant et en arrière ; la poitrine est

fortement voûtée en arrière, ce que le malade attribue à sa profession.

Éruption de taches déjà décrites, sur les jambes et sur les cuisses.

Saignée 4 palettes.

21 mai. Le malade se sent soulagé : il peut remuer le bras gauche, ce qu'il ne pouvait faire la veille ; le gonflement a diminué ; la rougeur y est presque nulle ; il n'en existe qu'un léger point près de l'apophyse styloïde ; le coude gauche, la région de l'attache du deltoïde, l'épaule et le coude-pied droits, sont le siége principal des douleurs.

Les genoux ne sont douloureux que lorsque le malade veut leur imprimer des mouvemens de flexion ou d'extension.

Aucune douleur dans le côté depuis le commencement de la maladie ; peau modérément chaude, un peu moite ; pouls à 84, plein, bien détaché, non redoublé.

Une saillie, constatée par l'inspection, dans la région précordiale, est confirmée par la mensuration avec le cyrtomètre ; le cœur ne soulève pas sensiblement la région précordiale pendant la systole, mais la main sent superficiellement les battemens qui sont bien réguliers.

Matité de la région du cœur, deux pouces six lignes transversalement, et deux pouces sept lignes verticalement ; pas de frémissement vibratoire ; le premier bruit est accompagné d'un râpement qui ne l'absorbe pas complètement dans le même point que la veille ; rien de notable pour le second bruit.

Langue humide ; soif modérée, peu d'appétit ; pas de selles depuis l'entrée.

Caillot fortement rétracté, entouré d'une sérosité légèrement opaline, d'un jaune-verdâtre, recouvert d'une belle couenne ferme, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur, ne se rompant pas à une forte pression, mais s'amincissant et conservant l'impression du doigt ; consistance du caillot médiocre.

Saig. 3 pal. 1/2 le matin, 3 pal. le soir ; vent. scarif. poignet gauche et rég. précord. 3 pal. ; catap. ; guim., bourr. sir. gomme, 3 pots ; diète.

22 mai. Le malade se trouve bien. Il ne souffre plus ni aux genoux, ni aux poignets, ni à aucune autre articulation, mais seulement vers l'attache du deltoïde des deux côtés; le gonflement et la rougeur du poignet gauche ont disparu.

Sueur pendant la nuit; le malade a mouillé une chemise.

Pouls à 72-76, bien développé et résistant.

La résonnance existe dans presque toute l'étendue de la région précordiale, le poumon s'avançant au-devant du cœur.

Le souffle râpeux de la veille a complètement disparu.

Le caillot de la première saignée fortement rétracté, recouvert d'une belle couenne analogue à une peau de chamois.

Le caillot de la seconde moins rétracté, couvert d'une couenne plus mince.

Sérosité des ventouses non colorée par le sang; rondelles réunies en une seule masse glutineuse.

Urines d'un jaune foncé, avec un léger nuage vers le fond; sans odeur bien notable, acides, ne précipitant pas par l'acide nitrique.

Convalescence commençante.

Saignée conditionnelle pour ce soir.

Mêmes boissons; cat. laud.; lav. huil.; diète.

23 mai. Le malade va très bien; la saignée conditionnelle n'a pas dû être faite; les douleurs ont généralement disparu; le malade a pu se lever hier: il n'éprouvait qu'un peu de gêne dans les mouvemens du genou gauche; sommeil cette nuit; pas de sueur.

Chaleur modérée; langue humide, rosée; appétit.

Pouls à 76; les bruits du cœur sont parfaitement purs; le premier bruit bien différent de ce qu'il était lors de l'entrée du malade.

Convalescence confirmée.

Compresses aluminées genou et poignet gauches.

Mêmes boissons; 1 bouillon; soupe aux herbes.

27 mai. Le poignet droit est bien dégagé; le genou et le pied correspondans un peu douloureux, sans gonflement ni rougeur.

Les bruits du cœur sont clairs; chaleur normale de la peau; pouls à 72-76.

Compresses laud. artic. doulour.; 2 pil. ext. gom. opium, 1/2 gr.; 2 bouil.; 1 potage; 12 pruneaux.

28 mai. Le genou et le pied droits sont peu douloureux, mais les gauches le sont davantage : pas de gonflement ni de rougeur notable.

Bruit de diable dans la carotide et la sous-clavière droites; pouls à 72.

Compresses laud.; le reste, ut suprà.

29 mai. Le genou gauche encore douloureux sans être gonflé; la douleur se fait sentir particulièrement la nuit; pouls à 84-88.

Circonférence de chaque genou, 13 pouces.

Vésicat. volant, genou gauche; id., id.

30 mai. Aucune autre douleur que celle du vésicatoire.

Pouls à 80.

Sécher le vésicat.; id., id.

1er juin. Depuis la veille, jour d'orage et de pluie, de nouvelles douleurs, mais légères, sont survenues dans les pieds et les poignets.

Pouls à 76.

Cat. laudan.; 2 pil. ext. opium; 1/8 d'alim.

3 juin. Il est survenu cette nuit une douleur dans le jarret, ainsi que dans la région antérieure du côté gauche de la poitrine; cette dernière douleur se manifeste surtout dans les mouvemens imprimés au tronc; aucune gêne de la respiration, qui se fait partout entendre très pure.

Bruits du cœur parfaitement purs.

Pouls à 72.

Mêmes boissons; cat.; 1/8 d'alim.; vin.

5 juin. Même état.

Quart. Côtelette.

10 juin. Les douleurs ont complètement disparu. Les bruits du cœur sont très purs. Le malade se trouve bien et ne se plaint que d'un peu de faiblesse.

Eau de Seltz; 3/4 d'alimens.

15 juin. Un peu de diarrhée depuis cinq à six jours.

Pot. gommeuse laud. gttes. 16; cat. abdomen; lav.; diète.

16 juin. Une seule selle pour rendre le lavement.

Cat. laud. abdomen; 1/8 d'alim.

17 juin. Une seule selle après le lavement.

Le malade se trouve très bien. Pouls à 56-60.

Quart.

Le 20 juin, le malade, parfaitement guéri, demande sa sortie.

OBSERVATION LXXXVI. — Rhumatisme articulaire aigu, précédé d'une double sciatique également aigue (1) du membre supérieur gauche. — Cœur un peu pris. — Cas moyen. — En quatre jours, cinq saignées, générales (2) et locales (3) qui ont fourni 15 palettes et demie ou 3 livres 14 onces de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après le commencement du traitement et le septième après l'entrée.

SALLE DES HOMMES n° 19. X...., âgé de trente-deux ans; facteur d'instrumens de cuivre; rue Mazarine 80.

Malade depuis trois jours; entré le 24 juillet 1838, sorti le 4 août suivant.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament lymphatico-sanguin; embonpoint considérable; peau mince et fine; d'une santé habituellement assez bonne.

Il y a cinq ans, rhumatisme articulaire sub-aigu occupant plusieurs articulations et qui fut guéri au bout d'un mois, traité par une saignée et des bains.

Trois jours avant son entrée, *après avoir pris environ six bains de jambes à la rivière pour une morsure de chien à la partie externe de la jambe gauche,* il ressentit une douleur à la hanche gauche, douleur qui s'étendit jusqu'à la partie inférieure du membre en suivant le trajet du nerf sciatique; un douleur pareille envahit bientôt le membre inférieur droit, de sorte que le malade ne pouvait plus marcher ni même se soutenir sur ses pieds.

Vingt sangsues furent appliquées, sans soulagement notable, sur la cuisse gauche.

Etat au moment de l'entrée (24 juillet à la visite du soir). Les douleurs sont les mêmes et occupent toujours le trajet des nerfs sciatiques; articulations libres.

(1) *L'origine rhumatismale* de la scialique nous fit annoncer d'avance *comme probable* le rhumatisme articulaire qui se déclara plus tard.

Rien de notable au cœur; pouls à 92, médiocrement développé; respiration bonne.

Persistance de la douleur depuis l'origine du nerf sciatique jusqu'à la plante des pieds, plus forte à droite qu'à gauche, avec impossibilité de remuer les membres douloureux; insomnie; moiteur légère de la peau dont la température est de 32-33° degrés à l'abdomen et de 34° à la partie interne du genou droit; soif modérée; point de selles depuis trois jours; pouls à 80; rien de notable au cœur.

Saignée de 4 palettes; ventouses scarifiées 3 palettes et cataplasmes à la partie postérieure de la cuisse droite; vésicatoire cinq à six pouces de diamètre, partie postérieure externe de la cuisse gauche; deux pilules d'opium d'un 1/4 de grain chacune; bourrache, guimauve sirop de gomme 3 pots; diète.

26. Soulagement des membres inférieurs que le malade commence à pouvoir bien remuer; mais il est survenu dans la nuit une douleur dans l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche; pouls à 104; température de la peau comme la veille.

Caillot de la saignée volumineux, assez ferme, et sans couenne. — Rondelles des ventouses réunies en une masse glutineuse; sérosité non rougie.

Saignée 3 à 4 palettes; cataplasmes laudanisés; un demi-grain d'hydrochlorate de morphine à la surface du vésicatoire; lavement huileux; diète.

27. Les membres inférieurs vont de mieux en mieux, et le malade a pu rester levé pendant qu'on a fait son lit; mais toutes les articulations de la main gauche et celles du poignet correspondant sont très douloureuses, gonflées, avec saillie notable des veines sous-cutanées : le moindre mouvement rend la douleur intolérable (la circonférence du poignet gauche est de six pouces et demi et celle du droit de six pouces deux à trois lignes); sueurs durant la nuit, insomnie; pouls à 108, un peu flasque et moins résistant.

Les deux bruits du cœur sans souffle bien distinct, mais assez fortement voilés.

Caillot retroussé sur ses bords, recouver d'une couenne

ferme, bien organisée, épaisse d'une ligne; sérosité abondante.

Ventouses scarifiées 3 palettes et cataplasmes sur la main et le poignet gauches ; le reste idem.

28. Membres inférieurs à-peu-près complètement dégagés; le poignet et la main moins douloureux peuvent exercer quelques mouvemens peu étendus, mais l'épaule correspondante est devenue très douloureuse (la circonférence du poignet est de six pouces cinq lignes); peau moite et de chaleur modérée; pouls à 100; bruits du cœur moins voilés que la veille et sans souffle.

Rondelles des ventouses réunies en une seule masse glutineuse; sérosité limpide, d'un jaune assez foncé.

Ventouses scarifiées 2 palettes épaule gauche ; vésicatoire volant poignet et main gauches; sécher le vésicatoire de la cuisse droite.

29. Le poignet et la main vont bien et l'épaule est moins douloureuse; insomnie; sueur générale avec chaleur modérée; pouls à 92 et bruits du cœur comme la veille.

Rondelles des ventouses formant une seule masse glutineuse; sérosité non rougie.

Panser le vésicatoire avec 1/2 grain d'hydrochlorate de morphine ; cataplasme sur l'épaule; mêmes boissons, et diète.

30. Le malade va beaucoup mieux : il remue plus facilement la main et l'épaule gauche, et le gonflement de la main et du poignet sont bien diminués ; la sueur a continué cette nuit et il existe ce matin une moiteur générale avec chaleur modérée; pouls à 80-84; impulsion du cœur très modérée; le premier bruit encore légèrement voilé.

Convalescence commençante.

Sécher le vésicatoire du poignet et bandage compressif sur cette partie et sur la main; cataplasme sur l'épaule gauche ; une tasse de bouillon.

31. Le malade va très bien : il remue facilement les doigts, le poignet et l'épaule gauche (la circonférence est presque entièrement revenue à sa mesure normale); sueur modérée; pouls à 72 ; bruits du cœur revenus à l'état normal.

Convalescence confirmée.

Même prescription, plus liniment opiacé; deux bouillons, une soupe et un potage.

1er *août.* Le malade continue à aller très bien ; il serre aisément les objets avec la main gauche, et l'épaule correspondante est également dégagée ; chaleur normale et pouls à 72.

Un huitième d'alimens.

2. Le malade s'est promené hier et a bien dormi ; le membre supérieur gauche est parfaitement dégagé (la circonférence du poignet gauche est de six pouces deux à trois lignes exactement comme celle du poignet opposé) ; chaleur normale et pouls à 72 ; bon appétit.

4. *Exeat.* Le malade est encore pâle et un peu anémié : cependant il trouve ses forces à-peu-près comme à l'état normal ; les bruits du cœur sont parfaitement purs, bien qu'il existe un bruit de diable un peu sifflant dans la carotide et la sous-clavière droites.

OBSERVATION LXXXVII. — Rhumatisme articulaire aigu. — Cœur légèrement pris. — Cas moyen. — En quatre jours cinq saignées, générales (4) et locale (1) qui ont fourni 15 palettes et demie, ou 3 livres 14 onces de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 19. Pifrey, âgé de dix-neuf ans, garçon restaurateur, rue de Provence, n. 61 ; malade depuis deux jours, entré le 11 septembre 1839, sorti le 27 septembre *idem.*

D'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatico-nerveux, peau fine et blanche; d'une assez bonne santé habituelle.

La veille de son entrée, il a commencé à éprouver de la douleur dans les articulations des coudes-pieds et des orteils qui sont devenus en même temps rouges et gonflés, et le malade n'a pu continuer à marcher.

15 sangsues ont été appliquées sur les articulations du pied gauche.

Il est exposé par sa profession à de fréquentes alternatives de chaud et de froid.

Etat au moment de l'entrée (11 *septembre*) : L'articulation

du coude-pied droit, celles des deux gros orteils sont très douloureuses, très gonflées et rouges; celle du coude-pied gauche sur laquelle on a appliqué des sangsues est considérablement désenflée; pouls à 100, assez développé.

Battemens du cœur forts et bruits sourds.

Saignée de 4 palettes et cataplasmes aux pieds.

12 *septembre.* Pas de soulagement notable; il n'a pas dormi à cause de l'intensité des douleurs; pouls à 96, toujours développé, non redoublé; peau chaude et sèche; la rougeur a beaucoup diminué cependant, et consiste en une simple teinte rosée sur les articulations du pied droit et du gros orteil correspondant, teinte qui disparaît sous la pression; d'ailleurs, le gonflement des articulations est encore bien marqué; le gonflement de l'articulation du coude-pied gauche est fort léger, mais la douleur est encore assez forte et augmente à la pression.

Claquement valvulaire bien distinct, mais fort, sec, et tintement auriculo-métallique au premier temps.

Léger souffle continu dans les artères carotide et sous-clavière droites.

Caillot de la saignée fortement rétracté, peu volumineux, recouvert d'une couenne bien organisée, d'une ligne et demie d'épaisseur, et supportant facilement le poids du caillot; sérosité abondante et bien claire.

Saignée de 3 palettes; ventouses scarifiées autour des pieds 3 palettes; guimauve, bourrache 3 pots; cataplasme; diète.

13. Les douleurs des articulations des pieds ont beaucoup diminué, mais il reste encore du gonflement avec un peu d'empâtement du tissu cellulaire; de plus, depuis hier au soir, il est survenu un peu de douleur dans les deux genoux; pouls à 100-104, bien développé.

Les bruits du cœur à-peu-près comme la veille; persistance du beau tintement argentin au premier temps, surtout vers l'orifice aortique.

Caillot de la saignée rétracté, recouvert d'une couenne d'une ligne et demie d'épaisseur, très dense, entouré d'une moindre quantité de sérosité que celui de la veille.—Rondelles

des ventouses formant des masses glutineuses, d'une très bonne consistance avec quelques traces de couenne, entourées d'une sérosité non rougie et bien claire.

Saignée de 3 palettes; compresses aluminées et bandage compressif; le reste ut suprà.

14. Le malade se sent mieux; la douleur des pieds a presque entièrement disparu, et il n'en reste qu'un peu dans les genoux; le gonflement des pieds est tout-à-fait dissipé; pouls à 100, encore assez développé; bruits du cœur comme hier; beau souffle continu et musical dans les artères carotide et sous-clavière gauches.

Caillot de la saignée bien rétracté, en forme de champignon ou de cupule, recouvert d'une couenne dense, de deux à trois lignes d'épaisseur sur ses bords; sérosité abondante et claire.

Saignée 2 à 3 palettes; le reste idem.

15. Le malade se trouve bien et n'éprouve plus qu'un peu de douleur dans le genou droit; peau de chaleur normale; pouls à 92-96; persistance du magnifique souffle continu dans les artères déjà indiqués.

Caillot de la saignée rétracté, couvert d'une couenne générale, mince, mais d'une très bonne consistance.

Sérosité abondante et claire, bandage compressif autour des pieds et des genoux.

16. Le malade se trouve très bien et a dormi d'un bon sommeil; il ne reste plus de trace des douleurs des pieds et des genoux; peau d'une chaleur modérée, ni sèche ni sudorale; pouls à 80-84, moins fort, un peu fluctuant.

Matité de la région précordiale dans les limites normales; claquement valvulaire évidemment beaucoup moins fort, pur; cessation du tintement auriculo-métallique.

Convalescence commençante.

Une tasse de bouillon et une soupe aux herbes; continuer le bandage compressif et résolutif.

17. Le malade continue à aller tout-à-fait bien; pouls à 76-80, et peau de chaleur normale; bruits du cœur parfaitement normaux.

Deux bouillons, une soupe aux herbes.

18. La convalescence se consolide; pouls à 72, plutôt faible que fort; bruits du cœur toujours normaux; le souffle continu, toujours borné aux artères carotide et sous-clavière gauches, est un peu moins marqué que les jours précédens; visage un peu moins pâle; langue humide, assez nette, et bon appétit. *Le quart. Côtelette.*

19 et 20. Peau fraîche; le pouls tombé à 56, *bien redoublé;* un peu de souffle au premier temps; les jours suivans, rien ne vient déranger la convalescence, et le malade mange la demie et les trois quarts; son visage se colore et se remplit.

27. *Exeat.* Le malade est d'une santé parfaite; pas la moindre gêne dans les mouvemens; le visage offre une teinte rosée, et on entend à peine quelques rudimens de bruit de diable dans les artères carotides et sous-clavières; rien au cœur.

OBSERVATION LXXXVIII. — Rhumatisme articulaire occupant plusieurs articulations, mais à un degré médiocre, avec fièvre également modérée; peu de chose au cœur. — Cas moyen. — En trois jours cinq saignées, générales (4) et locale (1) qui ont fourni 15 palettes ou 3 livres 12 onces de sang. — Convalescence commençante le dixième jour après l'entrée.

SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU, n° 13. Le nommé Samuel (Etienne), âgé de vingt-deux ans, commis, demeurant rue des Vinaigriers, n. 20, né Maineville (Eure); malade depuis quatre jours, entré le 22 novembre 1838, sorti le 20 décembre 1838.

Constitution moyenne, tempérament nervoso-sanguin, cheveux blonds, peau fine, un peu pâle, à Paris depuis trois mois. Il y a quatre ans, il a eu un rhumatisme articulaire général; les articulations étaient douloureuses, rouges et gonflées; il a été obligé de garder le lit pendant six semaines. La convalescence a duré environ trois semaines. Il n'a eu pour tout traitement que des fumigations. Dix-huit mois plus tard, il eut une autre attaque plus légère et pour laquelle il garda le lit pendant trois semaines. Il a été traité par les fumigations sulfureuses.

Actuellement malade depuis quatre jours, il a com-

mencé par éprouver des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, qui sont devenues gonflées ; hier, il a senti des douleurs dans les deux genoux et dans les hanches, surtout à droite ; le coude gauche est également un peu douloureux depuis hier.

Appétit diminué ; soif modérée ; selles rares ; peu de toux ; respiration facile.

Aucun traitement.

Il croit pouvoir attribuer les différentes atteintes rhumatismales qu'il a essuyées, à des passages brusques du chaud au froid, ou comme il le dit, à une sueur rentrée.

Son père et sa mère ne paraissent pas avoir été sujets au rhumatisme ou à la goutte ; mais un de ses frères a eu des douleurs semblables aux siennes, moins fortes cependant.

Etat du malade à la visite du soir :

Figure animée ; peau chaude, ni sèche ni moite ; l'articulation tibio-tarsienne droite est un peu gonflée, douloureuse au toucher ; celles du gros orteil correspondant sont également douloureuses, rouges et très gonflées ; le pied gauche est douloureux, sans gonflement ; le malade se plaint aussi de douleurs dans la hanche droite.

Pouls à 96, médiocrement développé ; matité du cœur normale ; bruits normaux.

Résonnance et respiration bonnes en avant et en arrière des deux côtés.

Saignée de 4 palettes.

23 *novembre.* Le pied droit est en grande partie dégagé, mais le genou gauche est plus pris que la veille ; des petites rougeurs érythémateuses s'observent encore sur le pied droit ; quant au genou gauche, il ne présente pas de gonflement notable, et il peut s'étendre et se fléchir sur la jambe : les mouvemens augmentent la douleur. — Pour les membres supérieurs, le malade ne se plaint que d'une douleur dans le médius du côté droit.

Peau d'une chaleur douce ; le malade dit avoir eu un peu de sueur.

Pouls à 92, résistant, tendu, assez développé, non redoublé ; battemens du cœur bien détachés, forts, accompagnés d'un

tintement métallique, isochrone à la systole, dans la région des cavités gauches, un peu sourds, comme étouffés, mais sans souffle ni bruit de râpe; le claquement est bien plus marqué vers les cavités droites que vers les gauches; la matité du cœur dans ses limites normales; pas de voussure.

Caillot de la saignée médiocrement rétracté, entouré d'une sérosité peu abondante, citrine, sans couenne, d'une consistance à-peu-près normale, à cassure nette.

Saig. 3 pal. matin et soir; cat. pied droit et genou gauche.; viol. bourr. sir. gomme 2 p.; lav. émoll.; diète.

24. Les genoux et les pieds sont dégagés, ainsi que la cuisse et les reins; mais la main droite s'est prise plus fortement : le petit doigt présente au niveau de son articulation métacarpo-phalangienne un gonflement notable, avec rougeur érythémateuse bien dessinée; cette partie est très douloureuse; la rougeur s'efface sous la pression; saillie et développement des veines du dos de la main.

Sentiment de faiblesse; sueur et chaleur de la peau modérée.

Pouls à 100, médiocrement développé, assez résistant.

Le tintement auriculo-métallique a disparu.

Première saignée. Caillot rétracté, couenne épaisse de 2 à 3 lignes sur ses bords, bien ferme et bien organisée.

Saignée du soir. Caillot moins rétracté avec quelques vestiges de couenne seulement; bonne consistance.

Sérosité des deux saignées citrine, claire, transparente.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. main et poignet droits 2 pal.; guim. bourr. s. gom. 3 p.; cat.; diète.

25. Le malade se trouve soulagé de partout : sa main droite elle-même est parfaitement dégagée; les mouvemens sont libres, et n'occasionnent aucune douleur; la rougeur du petit doigt est complètement effacée; peau d'une chaleur normale, avec un peu de moiteur; sueur modérée toute la nuit.

Pouls à 92, assez résistant; le premier bruit du cœur toujours obscur et étouffé; l'impulsion du cœur forte.

Le caillot de la saignée sans couenne, mais bien glutineux, supportant facilement son poids sans se rompre.

Sérosité des ventouses claire, non colorée.—Rondelles réu-

nies en une seule masse comme le caillot d'une saignée, glutineuse.

Vésicat. rég. précord.; compresses alum. poignet et main droits; mêmes boissons; diète.

26. Il reste un peu de douleur à un des orteils gauches et au-dessus du coude-pied du même côté; un peu de douleur encore à la main droite; toutes les autres parties sont bien dégagées.

Assez forte sueur cette nuit; peau d'une chaleur douce et modérée.

Pouls à 92; les deux bruits du cœur sensiblement normaux.

Pansem. du vésic. avec digit. gr. vj.*; cat.; diète.*

28. Le malade se trouve très bien aujourd'hui; pouls à 88; chaleur de la peau moins forte.

Même pansem.; mêmes boissons; diète.

29. Encore une légère douleur dans les doigts; sueurs; le reste, bien.

1 *bouillon coupé.*

30. Le main gauche est prise de nouveau avec une rougeur vive au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, celle de l'index principalement; quelques douleurs vagues aussi dans différentes autres articulations: chaleur de la peau augmentée avec état sudoral.

Pouls à 68-72; le premier bruit du cœur toujours râpeux.

Guim. bourr. s. gom. 2 *p.; cat.; pans. digit.;* 1 *b. soupe aux herbes; pruneaux.*

1er *décembre.* Main gauche moins gonflée; douleurs des articulations moins vives; pouls à 68-72.

Convalescence commençante.

Ut suprà.

2. La main gauche complètement dégagée; toutes les articulations libres.

Pouls à 56-60.

3. La convalescence se soutient bien: chaleur normale; pouls à 52-56; bruits du cœur purs.

2 *bouillons, soupe aux herbes, pruneaux.*

7. Le malade va très bien.

Un huitième; pruneaux.

8. Il s'est levé de midi à cinq heures, et n'a éprouvé aucune fatigue.

Pouls à 56-60 ; tout-à-fait bien.

Chicorée-sauvage. — Demie.

12. Le malade sent encore un peu de faiblesse en marchant; son teint est encore pâle; du reste, il va très bien. Les bruits du cœur bien dégagés, purs. — Le bruit de diable persiste encore dans les carotides, surtout à droite, où on l'entend bien distinctement à l'oreille nue.

Eau de Spa. — Trois quarts.

20. Il reste un bruit de diable assez fort dans la carotide droite et un peu de pâleur anémique du visage (le malade est naturellement peu coloré).

Le rhumatisme est parfaitement guéri.

Le malade demande sa sortie.

OBSERVATION LXXXIX. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec endocardite gauche, rebelle aux émissions sanguines ordinaires. — Cas moyen. — En deux jours cinq saignées, générales (3) et locales (2) qui ont fourni 14 palettes ou 3 livres 8 onces de sang. — Convalescence commençante le huitième jour après l'entrée.

SALLE SAINT-JEAN DE DIEU, N° 18. Le nommé Alphonse Vul, âgé de trente-deux ans, menuisier; demeurant rue du Jour, 2; né à Paris; malade depuis deux mois, surtout depuis neuf jours; entré le 1er février 1839; sorti le 23 février 1839.

Constitution de force moyenne, brun; santé habituellement passable; variolé.

Il y a deux mois qu'à la suite de sueurs abondantes auxquelles il est assez sujet, il ressentit quelques légères indispositions, et commença à éprouver, dans différentes jointures, des douleurs qui se calmaient lorsque le malade s'échauffait par son travail. Il est resté dans cet état pendant cinq ou six semaines, et il y a aujourd'hui neuf jours que les douleurs sont revenues plus générales et plus fortes, surtout dans les articulations tibio-tarsiennes. Les douleurs étaient accompagnées d'un certain gonflement; douleurs lombaires et céphalalgie.

On lui a pratiqué une saignée le quatrième jour de sa maladie. Le cinquième jour, il a pris un bain, et s'est fait des

frictions avec un onguent dont il ne peut indiquer la nature. Une seconde saignée le septième jour. Il n'a pris que deux bouillons pour toute nourriture, excepté le cinquième jour, qu'il a mangé un peu de viande. Pour toute boisson, de l'infusion de bourrache.

Il déclare positivement que sa maladie a commencé après un refroidissement qu'il a éprouvé étant en sueur.

Etat que présente le malade le jour de son entrée, à la visite du matin. Les principales douleurs existent maintenant dans les articulations des membres supérieurs, et surtout dans celles de la main et de l'avant-bras droits; ces dernières parties offrent une rougeur érythémateuse, s'effaçant sous la pression du doigt, et reparaissant ensuite, avec gonflement très considérable de ces mêmes parties; le moindre contact excite des plaintes et des gémissemens.

Les coudes-pieds, surtout le droit, sont gonflés et douloureux; les douleurs lombaires et la céphalalgie sont dissipées.

Un peu de lourdeur de tête; peau chaude, sèche.

Pouls à 84, bien développé, ferme, tendu, non redoublé.

Pas de voussure de la région précordiale; pas de douleurs ni de palpitations; matité du cœur, deux pouces neuf lignes verticalement, deux pouces huit lignes transversalement; au premier temps, souffle très pur, moelleux, dans la région des cavités gauches, se prolongeant jusque vers la partie supérieure du sternum, où il se fait même plus fortement entendre que dans la région auriculo-ventriculaire gauche; le second bruit constitue un claquement bien clair.

Pas de souffle continu bien notable dans les carotides et les sous-clavières, le malade étant couché.

Résonnance et respiration bonnes dans toute la partie antérieure et postérieure de la poitrine, des deux côtés; un peu de toux sèche, rare.

Langue humide, rosée, un peu saburrale au milieu; ventre souple, indolent; constipation depuis deux jours.

Saig. 3 pal. répétée le soir; vent. scarif. sur la région précordiale 3 pal.; catapl. sur les articulations douloureuses; guim. bourr. s. gom. 3 p.; diète.

2 *février*. Les douleurs ont disparu presque complètement ; le gonflement et la rougeur de la main droite ont beaucoup diminué, et aucune nouvelle jointure ne s'est prise depuis la veille.

Pouls à 80, moins tendu, moins vibrant que la veille, assez résistant ; la matité de la région précordiale a diminué d'étendue ; le souffle du cœur est à peine sensible et n'empêche pas de distinguer nettement le claquement valvulaire.

Caillot de la première saignée, volumineux, glutineux, quelques traces de couenne (le sang a mal coulé).

Caillot de la seconde, couvert d'une couenne bien formée, rétracté.

Rondelles couvertes de quelques parcelles de couenne ; sérosité non rougie.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. sur la main droite 2 pal.; cat.

Mêmes boissons; pot. gom. hydr. morphine gr. 1/2 ; *diète.*

3. Le malade se trouve très bien : pas de douleurs ; la rougeur et le gonflement de la main droite ont complètement disparu.

Pouls à 84, moins volumineux, assez résistant ; bruits du cœur à-peu-près comme la veille.

La saignée a fourni un caillot en champignon, recouvert d'une belle couenne, entouré d'une forte proportion de sérosité claire, limpide.

Sérosité des ventouses, parfaitement claire et non rougie ; rondelles vermeilles, proportionnellement plus volumineuses que le caillot de la saignée.

Mêmes boissons; cataplasme sur la main droite; lavem.; diète.

4. Les mouvemens de la main droite sont libres ; pas de gonflement, ni de rougeur de cette partie.

Pouls à 84-88, développé, résistant ; battemens du cœur forts, brusques ; bruits forts, un peu enroués ; léger tintement métallique au premier temps ; le souffle un peu revenu.

Souffle rudimentaire dans les artères du cou.

Chaleur de la peau plus forte que la veille.

Vésicat. sur la région précordiale; lav.; pot. gom. hydr. morph. gr. 1/2.

5. Pas de douleurs dans les genoux, ni les coudes-pieds. Un peu d'appétit.

Pouls à 80-84, tendu, vibrant; souffle un peu râpeux à la fin du premier bruit.

Pansem. vésic. digit. poud. gr. vj; 1 bouil. coupé.

6. Le poignet gauche est douloureux; mouvemens gênés; pas de rougeur notable de l'articulation.

Pouls à 80; battemens du cœur moins forts, presque sans souffle.

7. Chaleur de la peau modérée, sans sueur; encore un peu de douleur, et légère tension du poignet gauche, surtout à la partie externe.

Pouls à 68-72, souple, un peu brusque; diminution de la force des battemens du cœur; état général satisfaisant.

Vent. scarif. sur le poignet gauche 2 pal.; cat. id.; soupe aux herbes.

8. Le malade se trouve mieux : le poignet gauche est dégonflé, plus libre; douleur presque nulle.

Pouls à 72, tendu et saccadé; existence d'un léger souffle au premier temps; bruit de diable assez marqué dans la carotide gauche, le malade étant dans la position couchée.

Rondelles réunies en un caillot vermeil, supportant son poids; sérosité abondante, non rougie.

Convalescence commençante.

Pansem. vésicat. digit. gr. vj; 1 pot. gras; pruneaux.

9. Le poignet gauche est entièrement dégagé, comme toutes les autres articulations.

Pouls à 72, encore tendu et saccadé; persistance du souffle.

Peau d'une chaleur normale, légèrement halitueuse.

Beaucoup d'appétit, langue humide, rosée, nette.

Convalescence décidée.

Mêmes boissons; bandage et compresses alun. sur la main gauche; 1/8 d'alim.

11. Très bien. Le malade a éprouvé la nuit une légère douleur dans la hanche gauche, douleur qui s'est dissipée après l'application d'un cataplasme.

Pouls à 76-80; le souffle persiste au premier temps; pas de bruit de diable dans les carotides.

Guim. bourr. s. gom. 2 p.; compresses alum; 1/8 d'alim.; œuf; vin.

12. Jointures bien dégagées; toujours un peu de souffle au cœur.

Appétit.

Idem; quart; côtelette.

15. Matité du cœur, 2 pouces 3 lignes transversalement, 2 pouces 6 lignes verticalement; pas de voussure notable de la région précordiale; pas de dyspnée; toujours un peu de souffle au premier temps; le second bruit tout-à-fait normal.

Pouls à 56-60, peu tendu, sensiblement redoublé.

Léger bruit de diable dans les deux carotides, dans la position assise.

Les articulations parfaitement libres.— Le malade se lève.

Bain; guim. bourr. s. gom.; demie; côtelette.

17. Pouls à 68-72, bien développé, assez souple; souffle toujours bien marqué au premier temps.

23. Le malade se trouve très bien; aucune gêne dans la respiration; pas de palpitations.

Le cyrtomètre appliqué sur la région précordiale marque 14, tandis qu'il indique 17 sur la région correspondante à droite; par conséquent, la région précordiale est légèrement affaissée; matité du cœur, 2 pouces 6 lignes verticalement, 2 pouces 4 à 5 lignes transversalement; pas de frémissement vibratoire; impulsion du cœur modérée; léger souffle au premier temps; second bruit très clair; bruit de diable parfaitement caractérisé dans la carotide droite.

Pouls à 60-64, régulier, bien développé.

La guérison de l'affection articulaire est parfaite. Le souffle du cœur tient-il à l'état encore anémique du sujet, ou à quelque léger reste de l'endocardite valvulaire?

Le malade demande sa sortie.

OBSERVATION XC. — Rhumatisme articulaire aigu des pieds et des genoux avec endocardite commençante. — Cas moyen. — En vingt-quatre heures 4 saignées, générales (3) et locale (1) qui ont fourni 13 palettes ou 3 livres de sang. — Convalescence commençante le quatrième jour après l'entrée.

SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU, 8. Le nommé Alexis Jois, âgé de 19 ans, palfrenier, demeurant à Arpajon, né à Scanchamp, Seine-et-Oise, malade depuis trois jours, entré le 8 janvier 1840, sorti le 30 janvier 1840.

Constitution moyenne, tempérament lymphatico-sanguin, cheveux châtain-clair, peau fine et blanche. Santé habituellement bonne.

Malade depuis trois jours; il a commencé par éprouver des douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, avec beaucoup de peine pour marcher. Hier les genoux sont devenus douloureux, et le malade a été forcé de se mettre au lit. — Anorexie; soif; selles rares; pas de toux.

Aucun traitement. Il n'a pris aucune nourriture depuis le commencement de la maladie.

Il est venu lentement à l'hôpital à pied.

Il ne dit rien de satisfaisant sur la cause de sa maladie.

État que présente le malade au moment de son arrivée. Les articulations des pieds sont gonflées et douloureuses; le malade ne peut exécuter le moindre mouvement sans en éprouver des douleurs très vives; les genoux sont douloureux sans gonflement.

Pouls à 80-84; bruits du cœur très sourds au niveau des cavités gauches; le premier un peu enroué au niveau de l'orifice aortique.

Saignée de 4 palettes.

9 *janvier*. Pouls à 100, bien développé.

Le malade dit se sentir un peu soulagé du côté des pieds; le gonflement du pied droit à disparu, et le malade peut remuer cette extrémité sans aucune douleur; le coude-pied gauche est toujours gonflé, douloureux et on y distingue de la fluctuation; les genoux sont douloureux sans gonflement notable; pas de douleurs dans les autres articulations.

Matité du cœur normale; les bruits du cœur encore sourds, le premier sensiblement enroué (toutefois le second bruit,

dans la région des cavités droites, est plus clair qu'à gauche). Aucune douleur dans la région précordiale, ni dans d'autres points du thorax.

Peau chaude, sèche; sueurs pendant la nuit; le malade a eu quelques heures de sommeil.

Caillot de la saignée volumineux, de bonne consistance, supportant son poids, recouvert d'une croûte rouge de 0,003 à 0,004 m d'épaisseur avec couenne mince.

Saig. 3 pal. répétée le soir; vent. scarif. sur le pied et le genou gauches, 3 pal.; cat. articul. douloureuses; camisole de laine, illico; viol. bourr. s. gom. 3 p.; diète.

10. Il se trouve très bien; pas de douleurs.

Pouls à 80-84, assez ferme; peau de chaleur modérée; un peu de sueurs la nuit dernière; ce matin le visage est un peu pâle.

Le malade remue facilement les deux membres inférieurs; le gonflement du pied gauche dissipé, bien que les ventouses n'aient été mises que sur le genou gauche.

Impulsion du cœur modérée, le second bruit bien clair, mais le premier encore sourd et comme effacé, surtout à gauche, et tout le long du trajet de l'aorte. — Bruit de diable très marqué dans la carotide gauche, dans la position couchée; rien à droite.

Soif modérée; langue rosée, humide.

Caillot des deux saignées, recouvert d'une couenne fort épaisse, de un à deux millim. d'épaisseur, sur ses bords; un des deux caillots, adhérent aux parois du vase, l'autre rétracté. — Rondelles des ventouses formant un caillot glutineux sans couenne; sérosité non rougie.

Vésicatoire sur la rég. précordiale de 0,12 à 0,14 m; cat. genou droit; 2 pil. ext. aq. opium de 0,025 gram chacune; diète.

11. Le malade dit aller fort bien, et n'éprouve plus aucune douleur; peau de chaleur tout-à-fait normale; pouls à 68, régulier, assez développé; le premier bruit du cœur parfaitement dégagé; les battemens d'une force modérée (Le changement qui s'est opéré depuis la veille et les jours précédens sous le rapport du premier bruit est telle-

ment frappant qu'il n'aurait pu échapper même à une oreille peu exercée).

Convalescence commençante.

Viol. bourr. s. gom.; 2 pil. ext. aq. opium.; cat. aluminé pied gauche; 1 bouil. coupé; pruneaux.

12. Il va bien; pouls à 68-72.

Le premier bruit du cœur sensiblement enroué, sourd: l'enrouement est circonscrit à l'orifice aortique, et à l'aorte ascendante. — Bruit de diable dans la carotide gauche.

Ut suprà.

16. Pouls à 60; bruits du cœur sensiblement normaux.

Quart. Côtelete.

20. Beau bruit de diable dans la carotide gauche.

Trois quarts.

30. Bruit de diable très fort à gauche, intermittent à droite. Le malade, déjà complètement guéri depuis longtemps, demande sa sortie.

OBSERVATION XCI. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec souffle râpeux au premier temps.— Cas moyen. — En trois jours quatre saignées, générales (3) et locale (1) qui ont fourni 12 palettes ou 3 livres de sang. — Convalescence commençante le quatrième jour après l'entrée. — Plus tard, variole intercurrente, bénigne. — Point de nouvelles saignées.

SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU, n° 11. Le nommé Frédéric Malpièce, âgé de dix-sept ans, charcutier, demeurant rue du Petit-Pont, né à Métry (Seine-et-Marne), malade depuis cinq jours; entré le 14 janvier 1840, sorti le 2 mars 1840.

Constitution délicate, lymphatique, peau fine, cheveux châtain foncé, santé habituellement bonne.

Malade depuis cinq jours; il a commencé par éprouver des douleurs dans l'articulation du pied gauche et dans le coude et le poignet correspondans. Il lui était impossible de marcher; il a gardé le lit depuis le commencement de sa maladie.

Aucun traitement.

Il ignore la cause de sa maladie. Sa profession l'expose souvent à des alternatives, de chaud et de froid.

État du malade à l'entrée :

Les articulations du pied, du genou et du poignet gauches sont gonflées, rouges et douloureuses; le malade ne peut exécuter le moindre mouvement, sans augmenter considérablement les douleurs; pouls à 72-76, assez développé, fort et vibrant.

Impulsion du cœur assez forte; le premier bruit est accompagné d'un souffle rude, surtout vers l'orifice aortique. — Pas de bruit de diable dans les artères du cou dans la position couchée.

Saignée de 3 palettes.

15 *janvier*. Le malade se trouve soulagé depuis la saignée surtout du côté des jointures tibio-tarsiennes; les parties les plus affectées aujourd'hui sont la main, le poignet et le coude gauches; placées à côté l'une de l'autre, les deux mains offrent une différence de volume des plus évidentes; la peau du poignet et de la main est rouge, luisante, tendue, sillonnée par des veines développées.

Pouls à 52-56, tendu, mais un peu mou, légèrement fluctuant à la pression, non redoublé.

Teinte jaune de l'ovale inférieur du visage.

Peau chaude, sans moiteur.

Respiration libre.

Pas de douleur dans la région précordiale qui est fortement soulevée par l'impulsion du cœur; les deux bruits du cœur bien frappés avec un râpement parfaitement caractérisé au premier temps, le second bruit étant bien pur; le bruit de râpement augmente dans l'aorte sous-sternale où il se transforme en un souffle un peu dur. — Pas de souffle continu notable dans les carotides ou les sous-clavières.

Caillot adhérent de toutes parts, volumineux, ferme, soutenant facilement son poids, sans couenne, recouvert d'une croûte rouge épaisse.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. main, poignet, coude gauches 3 pal.; cat.; viol. bourr. s. gom. 3 p., lim. cit. gommée 1 *p.; diète.*

16. La douleur du pied gauche a disparu, mais le genou droit est devenu douloureux; diminution des douleurs dans le membre supérieur gauche : la main et le poignet sensible-

ment dégouflés et plus pâles ; le malade remue plus facilement le membre supérieur gauche; le gonflement du pied gauche est nul ; le genou droit n'est pas sensiblement gonflé.

Légère moiteur de la peau.

Pouls à 52, bien développé; par momens, quelques pulsations inégales, un peu plus accélérées que les autres.

Souffle râpeux au premier temps.

Caillot fortement rétracté en champignon, renversé sur ses bords ; belle couenne ferme, élastique. — Sérosité des ventouses non rougie ; rondelles réunies en un caillot ferme, sans couenne.

Saig. 3 pal.; cat. genou droit; band. compressif. genou gauche; le reste, ut suprà.

17. Le malade va de mieux en mieux : il remue facilement le genou et le bras gauches.

Peau de chaleur normale.

Pouls à 52, développé, un peu fluctuant ; le premier bruit du cœur encore accompagné d'un râpement brusque, assez rude, toujours dans le point indiqué.—Pas de bruit de diable notable, le malade restant couché.

Caillot rétracté en champignon, recouvert d'une belle couenne bien organisée, de 0,003 à $0,004^m$ d'épaisseur.

Convalescence commençante.

Même prescription, moins la saignée; 1 *bouillon coupé.*

18. Le malade se trouve bien : douleur du genou à-peu-près nulle; le poignet et la main pâles, ont perdu sensiblement de leur volume ; mouvemens libres. — Rien au pied ; le genou droit encore un peu gonflé, surtout à sa partie interne, au-dessus de la rotule, dans la région des *gaînes* tendineuses.

Le premier bruit du cœur comme la veille.

Vésicat. genou droit; band. compressif; mêmes boissons; 1 *bouillon coupé; soupe aux herbes.*

19. La convalescence se soutient ; la main et le poignet entièrement dégagés.

Pouls à 48-52. — Le râpement du premier temps un peu moins rude.

2 *bouillons; soupe grasse.*

20. Résolution complète du rhumatisme de la main et du poignet gauches; le genou n'est plus douloureux.
Pouls à 48.

Même état du cœur.

22. Le souffle devient moelleux comme dans l'état chloro-anémique.

Il ne reste plus rien du rhumatisme articulaire.

Quart. Côtelette.

7 *février*. Hier, après la visite, le malade s'est senti brûlant; la fièvre a continué toute la journée : pouls à 120, bien développé; une légère épistaxis dans la journée; pas de selles; langue blanche, rouge aux bords; soif vive; ventre indolent; un peu de gargouillement.

Sol. sir. gom. 2 *p.; lim. cit. gom.* 1 *p.; cat.; lav.; diète.*

8. Le visage, le tronc, les membres sont couverts de taches rouges, acuminées, déjà pour la plupart vésiculeuses, et qui sont évidemment les rudimens de pustules varioliques; pas de céphalalgie.

Un peu de gonflement des amygdales, pas d'éruption dans l'intérieur de la bouche.

Respiration libre; pas de toux ni d'enrouement.

Pouls à 68-72, non redoublé; peau de chaleur modérée.

Un peu de souffle au premier temps.

Epistaxis de quatre grammes environ.

Le malade dit ne pas avoir été vacciné, et ne présente en effet aucune cicatrice à ses bras. Depuis son entrée à l'hôpital, il n'y a pas eu de variolé dans le service. — Le malade est couché à côté d'un individu atteint d'une fièvre typhoïde très grave avec éruption de pustules sur l'abdomen.

Idem.

9. Un peu de mal de gorge; salivation fréquente. L'éruption est à-peu-près la même, sauf le développement plus grand; le tronc en est presque entièrement exempt (une seule pustule sur l'abdomen); la plupart des pustules au visage présentent la dépression centrale.

Pouls à 48.

Gargarisme avec miel rosat.

10. Les pustules prennent un peu de volume, et sont pour la plupart ombiliquées.

Pouls à 48; chaleur normale de la peau.

Gonflement des amygdales, sans éruption sur la muqueuse de la bouche.

Sol. sir. gom. 1 p.; sol. sir. gros.; 1 bouillon coupé.

11. Les pustules grossissent graduellement, entrent en suppuration, et présentent les caractères de la variole légitime avec dépression centrale.

Pouls à 48-52; chaleur douce de la peau; visage gonflé; langue humide.

Ut suprà.

13. Les pustules de plus en plus volumineuses et en pleine suppuration; pouls à 48.

Le mal de gorge entièrement dissipé.

Mêmes boissons; lav.; diète.

14. Pouls à 48, plein, bien développé.

Pas de douleur à la gorge.

17. Transformation croûteuse des pustules de la face; celles des membres commencent à se dessécher.

Appétit; pouls à 52.

1 bouillon coupé; soupe maigre.

2 *mars*. Le bruit de diable persiste dans la carotide gauche. Guérison parfaite. Le malade demande sa sortie.

OBSERVATION XCII. — Rhumatisme articulaire aigu, médiocrement généralisé, avec souffle au cœur, chez un sujet un peu chlorotique. — Cas moyen. — En vingt-quatre heures trois saignées, générales (2) et locale (1) qui ont fourni 9 palettes ou 2 livres 4 onces. — Nouvelle saignée générale le quatrième jour et nouvelle saignée locale le sixième, en tout 3 livres de sang. — Convalescence commençante le septième jour après l'entrée.

Salle sainte-madeleine, n° 5. La nommée Elisa Fontaine, âgée de seize ans, domestique, demeurant rue du Bac, n. 28, née à Campou (Oise), malade depuis sept jours; entrée le 20 février 1840, sortie le 16 mars 1840.

Constitution délicate, tempérament lymphatique, cheveux blonds, peau blanche, fine; réglée à quinze ans. Depuis cette époque, toujours bien réglée tous les mois pendant deux ou

trois jours; il y a quinze jours que les règles ont paru pour la dernière fois.

Malade actuellement depuis sept jours; elle a commencé par éprouver de la douleur dans le genou gauche, avec gonflement de l'articulation. Trois ou quatre jours après, la douleur a envahi le genou droit, ainsi que l'épaule gauche et les deux pieds.

Alitée depuis trois jours.

Aucun traitement n'a été fait.

Elle ignore la cause de sa maladie.

État que présente la malade à la visite du soir :

Le genou gauche est gonflé, et on y distingue de la fluctuation, mais la malade y accuse moins de douleurs que dans les articulations des pieds, et surtout du pied droit qui est rouge et gonflé; l'épaule gauche est un peu douloureuse sans gonflement.

Pouls à 108.

Saignée de 3 palettes.

21 *février*. Les deux articulations des coudes-pieds sont les plus douloureuses; elles sont gonflées à leur partie interne et rouges, surtout la droite; le genou gauche, à peine douloureux, sensiblement gonflé, présente au niveau du bord supérieur de la rotule une circonférence de 0,34^{ml}; la circonférence du genou droit est de 0,325^{m} à la même hauteur; l'épaule gauche est douloureuse.

Pouls à 88-92, médiocrement développé, mou, fluctuant à la pression.

Matité de la région précordiale normale; souffle bien marqué au premier temps des battemens du cœur; pas de douleur dans la région précordiale; impulsion du cœur forte.

Bruit de diable sibilant dans la carotide droite.

Caillot adhérent au vase, recouvert d'une couenne de 0,007 à 0,008^{m} d'épaisseur, infiltrée, soutenant facilement le poids du caillot : celui-ci est de consistance molle et comme infiltré, la sérosité y ayant été retenue par l'adhérence et la présence de la couenne; dégagée de la sérosité, la couenne présente l'aspect et la consistance d'une peau de chamois.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. genou gauche et coude-pied 3

pal.; viol. bourr. sir. gom. 2 p.; sol. sir. gom. 1 p.; diète.

22. Soulagement des articulations du côté gauche; celles du côté droit sont encore douloureuses.

Pouls à 84-88, peu développé; peau de chaleur modérée.

La région précordiale, auscultée avec soin, ne fait plus entendre le bruit de souffle de la veille.

Le bruit de diable existe dans la carotide droite et la sous-clavière gauche.

Le visage a un peu pâli.

Le genou gauche paraît moins volumineux et moins tendu; circonférence du genou gauche 0,335^{m}; circonférence du genou droit 0,325^{m}; les deux articulations tibio-tarsiennes sans gonflement ni rougeur.

Caillot de la saignée adhérent; couenne moins épaisse que la veille, supportant le poids du caillot; rondelles prises en une masse glutineuse, ferme, couenne sur quelques-unes; sérosité en médiocre proportion.

Compresses aluminées; bandage compressif coude-pied et genou gauches; mêmes boissons; cat. pied droit; diète.

23. Pouls à 92; retour d'un léger souffle dans la région de l'orifice aortique au premier temps.

L'épaule est la seule articulation qui soit encore un peu douloureuse; il est survenu de plus une légère douleur dans la région lombaire.

Saig. 2 pal.; mêmes boissons; bandage compressif aluminé; cat.; diète.

24. La saignée a mal coulé et n'a pas fourni la quantité de sang voulue.

Les deux pieds ainsi que le genou et l'épaule dégonflés et indolens; le poignet et la main gauches sont le siége de quelques douleurs, ainsi que d'un peu de gonflement.

Pouls à 92; le souffle du premier temps a presque entièrement disparu.

Viol. bourr. s. gom. 3 p.; cat.; band. compressif; diète.

25. La rotule est bien en contact avec les surfaces articulaires du fémur; mais le frottement de ces os l'un contre l'autre cause une crépitation sensible au doigt et à l'o-

reille. Du reste, les deux genoux présentent tous les deux la même circonférence 0,32m.

La main gauche est douloureuse; la main droite s'est prise depuis la veille; toutefois l'affection rhumatismale est à un degré assez modéré.

Pouls à 92-96.

15 *sangsues sur les mains; cat.; le reste ut suprà.*

26. Les deux mains sont dégagées; un peu de douleur à la malléole interne du membre inférieur gauche.

Peau de chaleur douce, sensiblement normale; pouls à 72-76.

Convalescence commençante.

Band. compress.; 1 bouillon coupé.

27. Le craquement articulaire est à-peu-près disparu.

La malade ne se plaint que d'une douleur de tête.

Souffle chlorotique dans la carotide gauche, dans la position couchée.

1 *bouillon;* 2 *potages.*

2 *mars.* La malade se trouve bien : nulle douleur; peau fraîche; pouls à 68; pas de souffle au cœur; léger bruit de frottement en faisant mouvoir la rotule contre les condyles du fémur, lorsque surtout l'on imprime à cet os des mouvemens de bascule.

Un huitième.

4. La guérison est bien consolidée depuis deux jours : la malade s'est levée hier, et ne s'en est point mal trouvée; aucune douleur; appétit bon; pouls à 72.

Un peu de souffle continu dans les artères du cou à gauche.

Quart. Côtelette.

16. La malade va tout-à-fait bien.

Léger souffle moelleux au premier temps, sans matité anormale ni autre signe d'une affection du cœur; le souffle existe surtout au niveau de l'orifice aortique, et coïncide avec un bruit de diable dans les artères carotide et sous-clavière; il tient probablement à la même cause que ce dernier.

La malade, bien guérie, demande sa sortie.

OBSERVATION XCIII. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, de moyenne intensité, peu de chose au cœur. — Cas moyen. — En vingt-quatre heures 3 saignées, générales (2) et locale (1) qui ont fourni 10 palettes et demie, ou 2 livres 10 onces de sang. — Convalescence commençante dès le troisième jour après l'entrée (la maladie a été vraiment jugulée en trente-six heures).

SALLE DES HOMMES, N° 5. Dordan, âgé de trente-cinq ans, maçon, rue des Anglais, malade depuis dix jours; entré le 9 avril 1838, sorti le 17 du même mois.

D'une constitution assez forte, d'un tempérament sanguin; cheveux noirs; d'une santé habituelle assez bonne.

Il y a dix jours, *à la suite d'alternatives de chaud et de froid, le malade fut pris de frissons suivis de chaleur et de douleurs vives dans les membres, occupant les genoux, les pieds, les hanches et les épaules.*

Le malade a cessé ses occupations et n'a fait aucun traitement actif; pour toute nourriture, il a pris du bouillon et un peu de vin.

Etat au moment de l'entrée. Les douleurs occupent les articulations des pieds, des genoux et des épaules; l'enflure est plus marquée dans le genou gauche que partout ailleurs; sa circonférence est de 12 pouces, tandis que celle du droit n'est que de 11 pouces 9 lignes.

Visage rouge surtout aux pommettes; pouls à 100, dur, développé, résistant; chaleur de la peau avec sueurs abondantes.

Le premier bruit valvulaire est accompagné d'un bruit de souffle un peu râpeux, très sensible surtout au-dessous et un peu en dedans du mamelon; la systole est accompagnée d'un tintement auriculo-métallique très distinct; l'impulsion du cœur, bien sensible à la main, est accompagnée d'un léger frémissement vibratoire.

Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés, celle-ci mêlée en arrière de râle sonore, grave et sibilant.

Langue humide et rosée; rien de notable pour les fonctions digestives.

Saignée de 4 palettes, le 9, à la visite du soir.

10 *avril.* Peu de soulagement; nuit agitée; persistance des douleurs avec un peu de diminution du gonflement du genou

gauche qui offre en dedans une saillie évidente, et une fluctuation distincte (sa circonférence est de 11 pouces 8 lignes, et celle du droit de 11 pouces 6 lignes).

Peau un peu sèche (un peu de sueur cependant la nuit passée); température à 34; pouls à 88, dur et médiocrement développé; bon état du tube digestif; urine claire, d'odeur de bouc, acide.

Quelques crachats blancs, gélatiniformes, adhérens; l'étendue de la matité de la région précordiale est de 3 pouces verticalement et transversalement; on observe dans cette région une saillie probablement antérieure à la maladie actuelle*; les deux bruits du cœur sont un peu parcheminés vers la pointe du cœur, tandis que plus haut ils deviennent obscurs, surtout le premier; léger frémissement vibratoire vers la pointe du cœur.*

Caillot de la saignée volumineux, un peu rétracté et recouvert d'une couenne épaisse; sérosité claire, assez abondante.

Saignée de 3 palettes 1/2, ventouses scarifiées autour du genou gauche 3 palettes; infusion violette, guimauve et limonade citrique 3 pots; lavement; diète.

11. Le malade se trouve bien soulagé et a bien dormi la nuit dernière; chaleur douce de la peau, avec sueurs copieuses la nuit passée; pouls à 80, souple, bien développé; quelques crachats muqueux, adhérens; urine toujours acide, bien claire, d'odeur normale.

Bruits du cœur moins parcheminés.

Le genou gauche n'est plus douloureux, la saillie et la fluctuation observées la veille ont disparu; sa circonférence n'est plus que de 11 pouces 6 lignes comme celle du genou droit.

Caillot de la saignée rétracté et retroussé sur ses bords, recouvert d'une belle couenne, entouré d'une sérosité abondante et limpide. — Les rondelles des ventouses sont réunies en une masse glutineuse, avec des plaques couenneuses çà et là.

Commencement de convalescence.

Compresse aluminée et bandage compressif autour du genou gauche; le reste ut suprà, moins les saignées.

12. Convalescence décidée : chaleur douce de la peau et pouls à 64.

Deux tasses de bouillon, une soupe aux herbes.

13. Chaleur normale avec un peu de moiteur de la peau ; pouls toujours à 64 ; *le cœur revenu à l'état normal.*

Urine trouble, d'une couleur briquetée, acide, ne se troublant pas davantage par l'acide nitrique (1).

Un huitième d'alimens.

14. Urine trouble, tout-à-fait jumenteuse, d'une couleur fauve, toujours acide ; pouls à 64.

Convalescence bien consolidée (*quart d'alimens*).

15 et 16. Le malade se lève et mange la demie.

17. Il sort complètement guéri (les urines étaient revenues à l'état normal).

OBSERVATION XCIV. — Fluxion rhumatismale disséminée ; cœur légèrement pris. — Pleurésie à gauche, terminée par le rétrécissement du côté malade (urines albumineuses). — Cas moyen. — En trois jours trois saignées, générales (2) et locale (1) qui ont fourni 10 palettes ou 2 livres 8 onces de sang. — Convalescence commençante le sixième jour après le commencement du traitement et le septième après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 9. Champraux, âgé de vingt-et-un ans, coiffeur, rue du Contrat-Social, n. 7, malade depuis quinze jours et surtout depuis cinq ; entré le 25 avril 1838, sorti le 14 mai suivant.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament lymphatico-nerveux ; d'une santé habituellement bonne.

Il y a quinze jours, fluxion de la joue droite avec mal de gorge ; ce qui se dissipa sans traitement dans l'espace de huit jours.

Il y a cinq jours, douleurs pongitives vers l'attache du dia-

(1) Examinée par M. Quevenne, pharmacien en chef de l'hôpital, l'urine a fourni les résultats suivans : Le dépôt était uniquement formé d'acide urique pulvérulent, amorphe (on distinguait seulement quelques rhomboïdes du même acide) ; l'urine ne contient point de globules, ni de mucus ni de sang.

L'acide nitrique, au huitième, convertit l'acide urique amorphe en acide cristallisé sous forme de rhomboïdes.

phragme à gauche en avant; toux augmentant la douleur, sèche; décubitus impossible sur le côté douloureux.

Le malade a cependant continué ses occupations, et n'a fait aucun traitement.

Etat au moment de l'entrée. Visage coloré; pouls à 88, développé, résistant; chaleur un peu au-dessus de l'état normal; persistance de la douleur du côté gauche avec léger bruit de frottement pleural, surtout en dehors du sein; résonnance bonne des deux côtés, mais la percussion augmente la douleur; respiration bonne; bruits du cœur sans lésion notable; langue humide, ventre souple, indolent.

Le malade attribue sa maladie au froid et à la fatigue (il dit avoir veillé pendant neuf nuits un de ses camarades).

26. La douleur occupe ce matin la région précordiale et la partie inférieure des jambes; pouls à 92, fort, plein et dur; pas de matité anormale dans la région précordiale; bruits du cœur forts, éclatans; impulsion du cœur très forte avec tintement auriculo-métallique.

Un très léger froissement accompagne le murmure vésiculaire, en dehors de la région précordiale où la douleur se propage; respiration généralement bonne, un peu faible seulement à la partie inférieure du côté gauche; toux suivie de quelques crachats séreux peu abondans; mal de gorge avec un peu de rougeur et de gonflement du côté gauche du pharynx, légère épistaxis ce matin; langue humide, blanche; urine d'un jaune d'ambre, claire, d'odeur ordinaire, acide.

Saignée 3 palettes; infusion bourrache, guimauve 3 pots; julep béchique; sirop diacode une once et demie; lavement; diète.

27. Cessation de la douleur des jambes; persistance de la douleur du côté gauche et douleur à l'épaule du même côté; *bruits du cœur étouffés;* pouls à 92; à la partie inférieure et externe du côté gauche, vers la région précordiale, la respiration est bonne; mais à la partie postérieure et inférieure, là où le malade accuse le plus de douleur, la résonnance est nulle, et on y entend un souffle bronchique, avec retentissement de la voix qui devient égophonique en remontant vers l'angle inférieur de l'omoplate, où le souffle se fait entendre

jusqu'à la hauteur de l'épine de cet os; la matité persiste dans le décubitus sur le ventre; le souffle et le retentissement de la voix diminuent beaucoup dans cette position; quelques crachats séro-muqueux; encore un peu d'épistaxis ce matin; urine comme la veille.

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne d'une ligne d'épaisseur, entouré de sérosité limpide.

Saignée 3 palettes; ventouses scarifiées côté gauche 4 palettes; cataplasmes; le reste, idem.

28. Le malade se trouve très bien et ne sent plus la douleur de côté; quelques crachats muqueux; chaleur modérée de la peau, sans sueur; pouls à 84, souple; les deux bruits du cœur clairs, sans tintement métallique; résonnance encore obscure dans la moitié inférieure postérieure du côté gauche, avec léger souffle bronchique et un peu d'égophonie vers la région de la fosse sous-épineuse, et vers l'aisselle (l'égophonie disparaît dans le décubitus sur le ventre); quand le malade parle, il existe un frémissement à peine sensible à gauche, tandis qu'il est très manifeste dans le point correspondant à droite; urine acide, ne précipitant pas par l'acide nitrique.

Caillot de la saignée abondant, recouvert d'une couenne assez épaisse sur ses bords, un peu demi transparente au centre; rien de notable pour le sang des ventouses.

Vésicatoire sur la partie postérieure et externe du côté gauche de la poitrine; le reste, idem.

29. Il est survenu dans la nuit des douleurs vers la vessie avec envie fréquente d'uriner; urine d'un jaune d'ambre, non acide, précipitant abondamment en blanc par l'acide nitrique, mais le dépôt finit par se dissoudre en agitant le liquide; une nouvelle dose d'acide détermine un dépôt plus abondant encore, et qui ne se dissout pas par une nouvelle agitation (1).

(1) M. Quevenne, à qui je remis le précipité pour l'examiner, m'a communiqué la note que voici. « On voit dans le dépôt les choses suivantes, énumérées selon leur abondance dans une proportion décroissante : — 1° substance amorphe ayant quelque chose de fibreux, semblable pour l'aspect à de l'albumine coagulée par un acide; 2° cristaux de couleur fauve, rhomboïdriques,

La respiration revient vers l'angle inférieur de l'omoplate, mais il existe encore du souffle vers le bord externe du même os.

Emulsion avec sirop de gomme; lavement; diète.

30. Le souffle bronchique et l'égophonie ont complètement disparu : on entend un léger bruit de frottement pendant l'inspiration et l'expiration dans le point qu'ils occupaient; crachats séro-muqueux en petite quantité; bruits du cœur normaux; pouls à 84 et chaleur normale; l'urine continue à donner par l'acide nitrique un précipité d'un beau blanc, insoluble dans un excès d'acide.

Une tasse de bouillon.

1[er] *mai.* Point de souffle bronchique; vingt-quatre inspirations; chaleur normale.

Convalescence commençante (*deux bouillons coupés*).

2. Pouls à 84; bruits du cœur bien clairs; point de souffle bronchique, mais la respiration et la résonnance sont notablement plus faibles à gauche qu'à droite en arrière.

L'urine rendue depuis une heure, d'un jaune ambré, acide, précipite très abondamment par quelques gouttes d'acide nitrique; une autre portion d'urine traitée par l'ammoniaque a donné un précipité moins abondant que l'on présume être de l'urate d'ammoniaque.

Deux bouillons; une tasse de lait.

3. L'urine, presque inodore, claire, peu acide, ne précipite ni même ne se trouble aujourd'hui par l'acide nitrique; persistance de l'obscurité du son et de la faiblesse du murmure respiratoire dans le côté gauche en arrière et en dehors, sans souffle ni égophonie (nouveau vésicatoire sur ce côté).

Bouillon et soupe aux herbes.

facilement reconnaissables à la forme pour de l'acide urique; 3° un assez grand nombre de disques aplatis à un noyau central, présentant l'aspect de globules sanguins; 4° quelques globules plus gros, ponctués, ayant tout-à-fait l'aspect de globules de pus ou de mucus. »

(M. Quevenne ignorait que le précipité examiné par lui eût été produit par l'acide nitrique.)

4. Pouls à 84, urine à peine acide et sans odeur, ne précipitant ni par la chaleur ni par l'acide nitrique.

5 et 6. Le malade va bien ; pouls à 84, langue salle.

Un huitième d'alimens; deux onces d'huile de ricin.

7. Quatre à cinq selles ; pouls à 80 ; mêmes phénomènes du côté gauche de la poitrine.

Décoction d'orge et de chiendent avec 20 *grains de nitrate de potasse.*

8. Le pouls est remonté à 96 ; quatre selles ; respiration à 24-28 ; les urines ne se troublent point par l'acide nitrique.

9. Pouls à 84 ; toujours de la matité à gauche avec un peu de souffle et de retentissement de la voix dans la région de l'angle inférieur de l'omoplate ; la respiration est bien revenue plus bas (vésicatoire volant sur la région de l'omoplate).

10. Pouls à 80.

Les jours suivans, la guérison se complète, et le 14 le malade demande sa sortie : il se trouvait très bien, se levait et se promenait dans le jardin, montait et marchait sans essoufflemens ; le pouls était à 60 et la respiration à 20. Voici d'ailleurs dans quel état se trouvait le côté gauche : en avant et en dehors, depuis le second espace intercostal jusqu'en bas, résonnance très faible ainsi que la respiration, mais sans souffle ni retentissement de la voix, ni bruit de frottement ; en arrière depuis l'épine de l'omoplate jusqu'en bas, même défaut de résonnance qu'en avant et en dehors, mais on y entend la respiration vésiculaire sans souffle ni chevrotement de la voix.

Quand le malade est debout et qu'on examine les deux côtés comparativement, on remarque un affaissement léger ou rétrécissement à gauche ; la circonférence totale de la poitrine est de 29 pouces et demi : sur ces 29 pouces et demi, 14 pouces 3 lignes appartiennent à la demi - conférence gauche.

Il est donc évident que la pleurésie s'est terminée par l'organisation de fausses membranes et le retrait des parois pectorales correspondantes à l'épanchement.

Cœur à l'état normal.

OBSERVATION XCV. — Rhumatisme articulaire aigu ambulant, précédé d'uréthrite et d'orchite (rien de notable au cœur). — Cas à peine moyen. — En trois jours quatre saignées, générales (3) et locale (1) qui ont fourni 10 palettes ou 2 livres 8 onces de sang. — Convalescence décidée le dixième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 26. Gogibus, âgé de 23 ans; garçon épicier; rue de la Lune; malade depuis 15 jours; entré le 14 mars 1838, sorti le 26 du même mois.

D'une constitution assez forte, blond, lymphatique; peau assez fine.

Il sort du service de M. Velpeau où il a été, dit-il, traité d'une uréthrite avec orchite.

Quinze jours avant d'entrer à notre clinique où il est envoyé comme rhumatisant par M. Velpeau, ce malade fut pris de douleurs dans les diverses articulations des membres supérieurs et inférieurs, douleurs qui parcouraient avec une grande mobilité ces articulations.

Il a pris chez M. Velpeau du chlorhydrate d'or, du poivre cubèbe, et on lui a fait au testicule une ponction qui a donné issue à une cuillerée environ de liquide. — Un vésicatoire fut aussi appliqué à l'épigastre.

Etat du malade le 15 *mars* (le malade avait eu la veille *une saignée de* 3 *palettes*). Continuation des douleurs dans les articulations indiquées et surtout dans le poignet droit; douleur aussi à la gorge avec rougeur de la muqueuse de cette partie; pouls à 96, souple, développé.

Cœur et poumons à l'état normal.

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne mince; d'une consistance assez médiocre.

Saignée de 2 *palettes;* 20 *sangsues et cataplasmes au cou; chlorhydrate de morphine un demi-grain sur le vésicatoire; orge et violette; bourrache; diète.*

16. La douleur du poignet et le mal de gorge ont disparu; pouls à 92-96, redoublé; peau chaude; un peu de douleur et de cuisson dans l'urèthre en urinant, ce qui tient sans doute à la présence du vésicatoire.

Caillot de la saignée sans couenne, mais de bonne consistance et demi glutineux.

Saignée 3 palettes ; lavement camphré ; diète.

17. Articulations dégagées ; douleurs fortes en urinant et agitation ; pouls à 96.

Caillot de la saignée sans couenne.

Supprimer le vésicatoire.

18. Pouls à 92, plein et développé; le reste à-peu-près comme la veille.

19. Il est apparu quelques nouvelles douleurs articulaires ; pouls à 100, redoublé; bruits du cœur secs et un peu enroués.

Lavement camphré ; 1 bouillon.

20. Douleurs rhumatismales diminuées ainsi que la douleur en urinant ; bruits du cœur plus clairs ; pouls encore à 92-96.

Un bain ; bouillons et une crème de riz.

21. La main droite est douloureuse et sensiblement gonflée.

Bandage compressif et aluminé sur la main droite ; 2 *bouillons.*

22 et 23. La main droite et toutes les articulations en général sont dégagées et libres dans leurs mouvemens ; le pouls tombe à 68-72 et la peau offre la chaleur normale ; premier bruit du cœur légèrement voilé.

Convalescence décidée (*Un huitième; côtelette*).

24 et 25. La guérison se consolide (la demie d'aliment).

26. *Exeat.* Le malade est bien guéri : il est seulement encore pâle et un peu anémié ; point de souffle notable au cœur, mais il reste dans la carotide et la sous-clavière gauche un bruit de diable sibilant ou mieux un sifflement plaintif, analogue à celui que produit l'air en passant à travers une serrure.

OBSERVATION XCVI. — Rhumatisme articulaire récidivé; endo-péricardite légère. — Cas à peine moyen.—*Première attaque.*—En deux jours quatre saignées, générales (2) et locales (2) qui ont fourni 10 palettes ou 2 livres 8 onces de sang. — Convalescence commençante le troisième jour après le commencement du traitement et le quatrième après l'entrée. — *Seconde attaque.* — En deux jours quatre saignées, générales (2) et locales (2) qui ont fourni 11 palettes ou 2 livres 12 onces de sang. — Convalescence commençante le huitième jour après la seconde entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 19. Duhamel âgé de 31 ans ; tuilier;

faubourg Saint-Martin ; malade depuis 18 mois , surtout depuis 6 jours; entré le 5 janvier 1838, et sorti le 17 mars 1838.

D'une constitution assez forte, lymphatico-sanguin, peau fine et mince; assez bonne santé habituelle.

Il y a dix-huit mois , le malade fut affecté de douleurs rhumatismales occupant les articulations des membres supérieurs et inférieurs, et spécialement les petites articulations qui étaient gonflées. Ce rhumatisme lui fit garder le lit pendant cinq mois, à Rambouillet. On lui fit deux saignées; des bains et des cataplasmes furent mis en usage. Il n'était pas encore complètement guéri au bout de ces cinq mois , et ne tarda pas à être placé à l'hôpital Cochin où il resta 21 jours. De là il se rendit à Saint-Louis et plus tard à l'Hôtel-Dieu où il séjourna 20 jours (service de M. Guéneau de Mussy). Après sa sortie, il travailla pendant quelque temps, mais cinq à six jours avant son entrée à la Clinique, il fut de nouveau pris de douleurs dans les articulations des pieds, des mains, de l'épaule gauche et aux lombes.

Il attribue sa maladie à des alternatives de chaud et de froid.

5 *janvier*. Douleurs dans les articulations des doigts de la main droite et surtout de l'indicateur, avec gonflement; genou et pied droits ainsi que l'épaule gauche également douloureux; pouls à 76-80 ; chaleur modérée de la peau.

Matité de la région précordiale de 3 pouces une ligne transversalement, et de 3 pouces 4 lignes verticalement ; point de frémissement vibratoire ; bruits du cœur obscurs dans la région des cavités gauches avec léger souffle au premier temps au niveau de l'orifice aortique.

Saignée de 3 palettes ; 20 sangsues à la main droite et manuluve ; cataplasmes ; violette, bourrache sirop de gomme ; 2 pilules opium un demi-grain chacune ; lavement huileux ; diète.

6. Amendement très notable ; le pouls est tombé à 64.

Caillot de la saignée glutineux avec traces de couenne, entouré d'une sérosité abondante.

Saignée de 3 palettes ; 20 sangsues main droite.

7. Nouvel amendement ; main droite moins gonflée et

moins douloureuse; souffle du premier temps bien moins marqué, mais encore distinct; pouls à 64 et chaleur modérée.

Caillot de la saignée offrant une couenne partielle à son centre.

Convalescence commençante.

Compresse aluminée et bandage compressif main droite; vésicatoire région du cœur; 2 bouillons; pruneaux.

8 et 9. La convalescence se soutient.

Six grains de poudre de digitale à la surface du vésicatoire; un huitième d'alimens.

25. Comme le genou gauche est un peu douloureux et gonflé, on y applique un vésicatoire (*de plus on prescrit* 2 *pilules d'un demi-grain chacune d'extrait gommeux d'opium; le malade mange d'ailleurs le quart*).

28. Le genou va mieux; mais les ganglions de l'aine gauche sont douloureux et légèrement gonflés (cataplasme sur ces ganglions).

29. Les ganglions ne sont plus douloureux et sont à-peu-près revenus à leur volume normal.

3 *fevrier*. Le malade se sent assez bien pour demander sa sortie; il restait à peine quelques légères douleurs fugaces aux épaules.

Dès le lendemain de la sortie du malade, de nouvelles douleurs apparurent, dit-il, dans les membres inférieurs, les supérieurs se prirent à leur tour, et la maladie acquit une nouvelle intensité six jours avant la seconde entrée, qui eut lieu le 19 février, c'est-à-dire 17 jours après sa sortie.

20 Douleurs dans les épaules, les pieds, les jarrets et le poignet droit; peau chaude et halitueuse, pouls à 104, assez développé, souple.

Etendue de la matité de la région du cœur normale; léger souffle au premier temps vers l'orifice aortique et le long de la crosse de l'aorte; pas de bruit de diable dans les artères.

Saignée 3 palettes; ventouses scarifiées 3 palettes épaule et genou droits; cataplasmes; violette, bourrache sirop de gomme; lavement huileux et diète.

21. Diminution des douleurs dans les articulations ven-

tousées; douleur très vive dans la région lombaire droite; pouls à 96; souffle toujours bien distinct dans les régions déjà indiquées.

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne ferme et retroussée sur ses bords, entouré d'une sérosité abondante : rondelles des ventouses prises en un caillot glutineux, nageant dans une sérosité abondante et non rougie.

Saignée 3 palettes ; ventouses scarifiées 2 palettes et cataplasme région du cœur ; compresses aluminées et bandage compressif autour des genoux ; diète.

22. Pouls à 92, et chaleur modérée ; le premier bruit du cœur dans la région déjà indiquée est encore obscur et étouffé mais sans souffle distinct.

Le sang de la saignée et des ventouses exactement comme celui de la veille.

Même prescription, moins les saignées.

23. Articulations des membres inférieurs libres; encore des douleurs lombaires ; pouls à 88 ; souffle presque insensible à l'orifice aortique.

Vésicatoire région lombaire ; 1 bouillon coupé.

24. Diminution de la douleur lombaire; toutes les jointures des membres dégagées si ce n'est celles des doigts de la main droite qui sont encore douloureuses mais non gonflées ; pouls à 84 ; le premier bruit du cœur est un peu obscur, mais le souffle n'est pas revenu.

Pansement du vésicatoire avec un demi-grain de chlorhydrate de morphine ; 1 bouillon et 1 potage.

25. Plus de douleurs ni aux membres ni dans la région dorso-lombaire; un peu de douleur à la partie antérieure de la poitrine ; léger souffle au premier temps et bruit de diable dans les artères carotide et sous-clavière gauches.

Un huitième d'alimens.

26 et 27. Le malade va de mieux en mieux ; son pouls est tombé à 68-72 ; il ne se plaint que d'une douleur dans le coude droit.

Convalescence commençante.

Sécher le vésicatoire ; 1 bain.

28. Légère rechute ; pouls à 84 et peau chaude ; le malade est remis à la diète.

1er *mars*. Les membres sont dégagés et le malade ne se plaint que d'une douleur vers le creux de l'estomac ; pouls à 56.

On entend un bruit de froissement parcheminé dans la région précordiale, plus distinct pendant la systole, très superficiel : il s'entend pendant la suspension de la respiration ; point de frémissement vibratoire ; battemens du cœur superficiels et bien réguliers ; souffle distinct au premier temps au niveau de l'orifice aortique avec persistance de bruit de diable (*le malade est remis au huitième d'alimens*).

2 et 3. Le frottement péricardique a très sensiblement diminué ; le pouls est tombé à 52 (*le quart, puis la demie d'alimens*.

4 et 5. On ne distingue plus de froissement péricardique, mais le souffle au premier temps et le bruit de diable dans les carotides continuent.

17. *Exeat*. Le souffle au premier temps persiste encore. Du reste, les articulations sont depuis long-temps bien dégagées.

OBSERVATION XCVII. — Rhumatisme articulaire aigu médiocrement généralisé, avec un souffle d'origine un peu douteuse au premier temps. — Cas à peine moyen. — En vingt-quatre heures trois saignées, générales (2 et locale (1) qui ont fourni 9 palettes ou 2 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante le troisième jour après l'entrée.

Salle des femmes, n° 3. Rose, journalière, âgée de 22 ans ; cuisinière ; rue des Fourreurs, 16 ; malade depuis cinq jours ; entrée le 16 septembre 1839 ; sortie le 28 du même mois.

D'une constitution assez forte; cheveux châtains; bien réglée et d'une bonne santé habituelle.

Douze jours avant l'entrée avaient eu lieu les dernières règles. *Le cinquième jour de celles-ci, la malade s'exposa au froid ayant chaud, et elles se supprimèrent*. Deux ou trois jours après, cinq jours avant son entrée, elle ressentit des douleurs avec gonflement dans le pied gauche et fut obligée de se mettre au lit; le lendemain le genou droit se prit à son tour, et devint le siége d'un gonflement qui a persisté jusqu'à

l'entrée ; la veille de cette entrée, le poignet droit s'était pris.

La malade a gardé continuellement le lit, bien qu'elle ait, dit-elle, continué à manger comme d'habitude.

Aucun traitement avant l'entrée.

Etat le jour de l'entrée (16 *septembre*). Le genou et le poignet droits sont douloureux et gonflés (la douleur augmente à la pression, et lorsque la malade exécute des mouvemens); pouls à 100, visage un peu animé.

Le premier bruit du cœur accompagné d'un léger souffle à l'orifice aortique, matité et impulsion du cœur à-peu-près normales.

Saignée 3 palettes.

17. Elle se plaint surtout du poignet droit qui est gonflé, ainsi que la main (la douleur a été assez forte pour empêcher le sommeil), développement et turgescence des veines sous-cutanées de cette partie, ce qui contraste avec l'affaissement des veines des autres parties; le gonflement du genou droit a sensiblement diminué; toutefois, la circonférence de ce genou est de 13 pouces 4 lignes, tandis que celle du gauche n'est que de 12 pouces 10 lignes (il n'existe de douleur au genou que dans les mouvemens qu'on lui fait exercer); pouls à 92; chaleur modérée et moiteur de la peau.

Impulsion du cœur modérée; premier bruit toujours accompagné d'un souffle vers l'orifice aortique.

Point de bruit de diable dans les artères du cou où l'on entend seulement par propagation les bruits du cœur.

Caillot de la saignée moyennement rétracté, recouvert d'une couenne d'une ligne et demie d'épaisseur, forte et résistante, et entourée d'une médiocre quantité de sérosité jaunâtre, bien claire.

Saignée 3 palettes; ventouses scarifiées 3 palettes et cataplasmes sur le poignet et le genou droits; guimauve et bourrache sirop de gomme; diète.

18. Le gonflement du genou, du poignet et de la main, a visiblement diminué; et la douleur est si légère, que la malade remue assez facilement ces parties; nulle autre articulation ne s'est prise; pouls à 72, peau d'une chaleur modérée et légèrement moite.

Persistance du souffle au premier temps, vers la région de l'orifice aortique.

Caillot de la saignée adhérent par le tiers de sa circonférence aux parois du vase, fortement rétracté dans le reste de sa circonférence, recouvert d'une belle couenne, d'une ligne et demie d'épaisseur environ, si ferme qu'elle ne se rompt pas à la plus forte pression des doigts dont elle conserve l'empreinte comme celle d'un cachet; sérosité en proportion convenable. — Les rondelles des ventouses fermes et bien glutineuses; la sérosité qui les entoure un peu rougie.

Convalescence commençante.

Compresses aluminées et bandage compressif sur les articulations malades; deux pilules d'extrait gommeux d'opium d'un quart de grain chacune.

19. La malade se trouve très bien, elle n'éprouve plus de douleurs dans les articulations du genou et du poignet qui sont revenus à leur volume normal; pouls à 72 et médiocrement développé.

Deux bouillons, une soupe maigre.

20 et 21. La convalescence se soutient bien (*un huitième d'alimens*).

22 et 23. Guérison parfaite; les jointures tout-à-fait dégagées (la circonférence du genou droit est de douze pouces dix lignes comme celle du genou gauche); retour du sommeil et état général très bon.

28. *Exeat.*

OBSERVATION XCVIII.— Rhumatisme articulaire aigu généralisé récidivé (récidive de médiocre intensité). — Cœur légèrement pris. — Cas à peine moyen. — En vingt-quatre heures deux saignées générales qui ont fourni six palettes ou 1 livre 8 onces de sang. — Convalescence le quatrième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 8. Baleux (Jean), âgé de 21 ans, porteur d'eau; rue d'Argenteuil, 41; malade depuis un mois; entré le 23 novembre 1838; sorti le 29 dudit mois.

D'une constitution un peu détériorée, d'un tempérament lymphatique; cheveux d'un châtain clair, peau fine, assez mince et un peu pâle.

Un mois avant son entrée, il fut pris de douleurs dans les articulations des genoux, des pieds, des coudes et des poignets; il fut obligé de se mettre au lit, et le garda pendant quinze jours environ (on lui pratiqua une saignée); au bout de ce temps se trouvant soulagé, il voulut reprendre ses occupations, malgré la faiblesse très grande qu'il ressentait. Au bout de huit jours, de nouvelles douleurs rhumatismales se développèrent, et il fut obligé de se remettre au lit qu'il a gardé jusqu'au moment de son entrée.

Il croit pouvoir attribuer sa maladie à des sueurs rentrées. Son père qui exerce la même profession que lui, paraît avoir été atteint d'un rhumatisme articulaire, et ressent encore de temps en temps quelques douleurs rhumatismales.

État au moment de l'entrée (23 *novembre*). Le poignet droit est douloureux et gonflé; le genou gauche est douloureux aussi, mais sans gonflement notable; pouls à 88, développé, mais assez mou; langue humide, un peu rouge à la pointe; trois selles liquides dans la journée (il existe de la diarrhée depuis cinq jours); résonnance et respiration bonnes partout.

Voussure légère, mais bien distincte cependant, dans la région précordiale; étendue de la matité de cette région, trois pouces verticalement et trois pouces une ligne transversalement; bruit de souffle un peu râpeux au premier temps; les jugulaires sont distendues et se gonflent beaucoup pendant les efforts; visage pâle et bouffi.

Saignée de 3 palettes.

24. Le malade se sent soulagé des genoux et des poignets, et les pieds sont actuellement les parties les plus douloureuses; la main droite est encore sensiblement plus grosse que la gauche, et ses veines sont plus développées que celles de cette dernière; ses artères elles-mêmes battent visiblement plus fort que celles du côté opposé; sueurs assez copieuses la nuit dernière; pouls à 72, assez ferme aujourd'hui, passablement développé, non redoublé; température de la peau modérée.

Voussure et matité de la région précordiale comme la veille; le premier bruit continue à être étouffé et légèrement

râpeux dans la région des cavités gauches ; le deuxième bruit assez clair.

Caillot de la saignée assez volumineux, médiocrement rétracté, recouvert d'une couenne d'une demi-ligne d'épaisseur, assez ferme ; sérosité citrine en médiocre quantité.

Saignée trois palettes; cataplasmes pieds et mains droits; violette, bourrache sirop de gomme, trois pots; lavement émollient; diète.

25. Le malade ne souffre plus qu'au pied droit; pouls à 60, et chaleur à-peu-près normale; langue humide, un peu saburrale à son milieu ; cessation du dévoiement.

Caillot de la saignée volumineux, en grande partie adhérent, partiellement recouvert d'une couenne un peu molle, analogue à de la glu (la consistance du caillot lui-même assez bonne) ; sérosité peu abondante, claire.

Même prescription, moins la saignée.

26. Le malade n'éprouve plus aucune douleur, et les jointures sont bien dégagées ; peau d'une chaleur modérée et très peu de sueur ; pouls à 52 ; le premier bruit encore un peu voilé, tandis que le second consiste en un claquement très clair.

Convalescence commençante.

Un bouillon.

27. La convalescence se soutient : point de douleur ; bon sommeil et bon appétit.

Deux bouillons, deux soupes, pruneaux.

28. Très bien.

Un huitième d'aliment.

29. Le malade se sent assez fort et demande sa sortie.

OBSERVATION XCIX. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec légère endocardite gauche chez un sujet chlorotique. — Cas à peine moyen. — Le lendemain de l'entrée 1 saignée de 2 palettes ou de 8 onces. — Convalescence commençante le cinquième jour après l'entrée. — Légère rechute. — Nouvelle convalescence dix jours après l'entrée.

SALLE SAINTE-MADELEINE, n° 13. La nommée Henry (Marie), âgée de dix-sept ans, couturière, demeurant rue de Seine, 14, née à Longwy (Moselle) ; malade depuis un mois ;

entrée le 28 novembre 1839; sortie le 15 décembre 1839.

Constitution délicate; tempérament lymphatico-nerveux; peau fine, mince; cheveux blonds; à Paris depuis deux ans; réglée, pour la première fois, à quatorze ans, sans indisposition préalable. Depuis lors, assez bien réglée (durée ordinaire des règles, six jours; ses règles sont venues pour la dernière fois, il y a huit jours); elle est sujette à un léger écoulement leucorrhéique pendant quelques jours avant l'arrivée de ses règles; santé d'ailleurs habituellement bonne.

La malade a commencé par éprouver des douleurs dans les articulations des genoux et des pieds, sans gonflement notable; il y a quinze jours, elle ressentit des douleurs dans les épaules; en même temps, celles des genoux et des pieds disparurent.

La malade n'a pas gardé le lit continuellement depuis le commencement de sa maladie; on lui a fait une saignée, il y a huit jours.

Etat de la malade, le 28 *novembre au soir.*

Matité du cœur normale; le premier bruit sourd, un peu enroué; figure pâle; affaissement des veines sous-cutanées; bruit de diable dans la carotide gauche, dans la position assise.

Douleurs dans les épaules et le coude droit, sans rougeur ni gonflement.

29 *novembre*. Ce matin, la malade se plaint de douleurs dans les deux épaules et dans le coude droit.

Pouls à 108, très petit, mou, non redoublé.

Matité du cœur à-peu-près normale; battemens du cœur plus forts que ne le comporte la force du sujet; le premier bruit toujours très enroué, avec léger souffle vers l'orifice aortique et le long de l'aorte sous-sternale; pas de bruit de diable dans la position couchée.

Saig. 2 *pal.; guim. bourr. sir. gom.* 2 *p.; catapl.; lav.; diè*

30. Pas de soulagement notable depuis la saignée; le bras droit est pris, plus que la veille, dans toutes ses jointures; peau chaude, moite.

Pouls à 116, très petit, fuyant sous le doigt.

Battemens du cœur brusques, forts; bruits fortement enroués dans la région des cavités gauches.

La saignée a fourni un caillot rétracté, recouvert d'une belle couenne retroussée sur ses bords, qui sont un peu froncés, d'une ligne et demie à deux lignes d'épaisseur, supportant facilement le poids du caillot; sérosité claire, transparente, abondante.

On est obligé de renoncer aux émissions sanguines, à cause de l'état anémique du sujet.

Guim., bourr. sir. gom. 3 p.; cat. laud.; lav.; diète.

1er *décembre.* Douleurs moins fortes dans le bras droit.

Chaleur douce de la peau, avec un peu de sueur; pouls à 108, toujours très petit.

Même obscurité des bruits du cœur, avec battemens forts, secs et brusques.

Catapl. sur la région précordiale avec teint. digit. g. xxx; *le reste idem.*

2. Point de douleurs : la malade se trouve bien; peau de chaleur modérée, avec un peu de moiteur; pouls à 100, peu développé.

Battemens du cœur secs, forts, saccadés; le premier bruit un peu moins râpeux.

Mêmes boissons; cat.; 1 *bouil., lait coupé.*

3. Pas de douleurs dans les jointures; les bruits du cœur se dégagent; le second a repris son caractère de claquement; le premier est encore un peu sourd; les battemens sont moins brusques, moins forts.

Pouls à 88.

Id. 1 *bouil., crème de riz, lait coupé.*

4. La malade s'est un peu levée hier; elle a été reprise de douleurs dans les deux épaules et dans le coude droit; peau un peu halitueuse; pouls à 100.

Le premier bruit du cœur un peu plus sourd que la veille.

Mêmes boissons; cat. laud.; lav.; 1 *bouil. coupé.*

5. Les douleurs des épaules ont complètement disparu.

Le pouls est à 128, mais la malade dit être émue à la visite.

7. Elle ne souffre plus du tout.

Pouls à 84-88; les bruits du cœur se dégagent de nouveau. Convalescence.

Eau de Spa; lav.; 1 bouil., 1 potage, eau rougie.

10. Bien.

Un huitième de vin.

13. Même état.

Quart; côtelette.

14. Les doueurs sont complètement disparu.

Les bruits du cœur à-peu-près complètement dégagés; un vestige de souffle seulement encore, au premier temps.

Beau bruit de diable dans la carotide gauche, dans la position couchée, intermittent; le souffle est beaucoup plus beau et continu dans le décubitus assis.

Pouls à 72.

Elle se trouve très bien et demande sa sortie.

Exeat.

OBSERVATION C. — Rhumatisme articulaire aigu ambulant. — Point d'endocardite ni de péricardite à l'entrée. — Cas à peine moyen. — En vingt-quatre heures trois saignées, générales (2) et locale (1) qui ont fourni 9 palettes et demie ou 2 livres 6 onces de sang. — Convalescence commençante dès le troisième jour après l'entrée.

Salle des hommes, n° 11. Le nommé X..., âgé de dix-huit ans, commis-marchand, malade depuis dix et surtout trois jours; entré le 13 juillet 1838, sorti le 26 juillet 1838.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament sanguin; cheveux châtains, peau blanche et fine.

Il y a dix jours, douleurs dans les articulations des orteils, douleurs qui se dissipèrent après trente-six heures de repos. Mais vingt-quatre heures après, elles reparurent et envahirent aussi les genoux. De plus, la veille de l'entrée, une douleur assez vive, avec gonflement, s'empara des articulations métacarpo-phalangiennes et du poignet gauche.

Le malade ne cessa de marcher que trois jours avant son entrée, époque où l'affection acquit plus d'intensité.

Le malade croit pouvoir attribuer sa maladie à ce que le matin et le soir, il s'est exposé au froid après avoir eu chaud.

Il ne connaît pas de rhumatisant dans sa famille.

Il n'a fait aucun traitement actif; il a pris seulement quatre bains.

Etat au moment de l'entrée :

Le malade dit ne souffrir actuellement qu'aux genoux, au droit surtout (ces articulations ne sont pas sensiblement gonflées), et aux articulations métacarpo-phalangiennes et du poignet gauche, qui sont en même temps gonflées et un peu rouges.

Rien de notable du côté du cœur; pouls à 84; peau chaude et moite; langue blanche, humide; ventre en bon état.

Saignée 4 palettes.

14 *juillet.* Pas de soulagement notable; le poignet et la main gauches continuent à être gonflés, douloureux, avec turgescence des veines, et traînées d'une rougeur érythémateuse sur le dos de la main et le poignet; le moindre mouvement excite une douleur insupportable (la circonférence du poignet malade est de 6 pouces 8 lignes, et celle du droit de 6 pouces 2 lig.). — Toutes les autres jointures sont assez libres.

Insomnie; rien de bien notable pour les voies digestives et urinaires (soif, peu d'appétit; langue humide, blanche au milieu).

Point de matité anormale dans la région du cœur; bruits du cœur bien clairs; léger tintement auriculo-métallique à la fin du premier temps.

Pouls à 84, souple, bien développé, assez résistant; température de la peau à 36-37°; sueur visqueuse au visage, rougissant fortement le papier de tournesol.

Respiration bonne.

Le caillot de la saignée, renversé sur ses bords, est recouvert d'une couenne ferme, épaisse d'une à deux lignes; quantité de sérosité assez considérable, bien limpide.

Saignée 3 palettes; vent. scarif. 2 à 3 pal. et cataplasme main et poignet gauches; limon. et guim., bourr. 3 pots; lavem. huileux; diète.

15. Le malade a passé une bonne nuit et se trouve très bien ce matin; cessation de la douleur et disparition presque complète du gonflement de la main et du poignet gauches (la circonférence de ce dernier n'est plus que de 6 pouces 3

lignes); les veines se sont affaissées; point de douleurs dans les autres articulations; pouls à 76; température à 35°; retour de l'appétit; bruits du cœur bien clairs; pas de tintement auriculo-métallique.

Caillot de la saignée, retroussé, recouvert d'une couenne un peu moins épaisse que celle de la saignée de la veille. Rondelles des ventouses réunies en une seule masse glutineuse, qui supporte facilement son poids, sans couenne; sérosité non rougie, bien claire, en assez petite quantité.

Convalescence commençante.

Compresses aluminées et bandage compressif pour la main et le poignet gauches; un bouillon; une soupe.

16. Ni douleur ni gonflement sensible à la vue, pour la main et le poignet gauche (la circonférence de ce poignet n'est plus que de 6 pouces 1 à 2 lignes); chaleur normale de la peau; pouls à 56-60.

Guérison complète (*un bain; le quart d'alimens*).

17 et 18. La main et le poignet sont bien dégagés (la circonférence de chaque poignet est de 6 pouces); il n'est survenu de douleur dans aucune autre partie; pouls à 60; chaleur normale (*la demie d'alimens*).

La guérison se consolide les jours suivans, et le malade sort le 27, dans l'état le plus satisfaisant.

OBSERVATION CI. — Rhumatisme articulaire aigu naissant, généralisé, peu fébrile. — Rien de bien notable au cœur. — Cas à peine moyen. — En vingt-quatre heures trois saignées, générales (2) et locale (1) qui ont fourni 9 palettes ou 2 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante le troisième jour après l'entrée.

Salle des hommes, n° 8. Marendo, âgé de vingt ans, tourneur en porcelaine, à Charenton, malade depuis trois jours, indisposé depuis 8, entré le 13 mai 1839, sorti le 24 dudit.

D'un tempérament lymphatico-sanguin; d'une bonne santé habituelle.

Huit jours avant d'entrer, le malade se sentit faible, courbaturé, en même temps qu'il perdit l'appétit; mais il continua à travailler en mangeant un peu moins que de coutume.

Trois jours seulement avant son entrée, il ressentit de la

douleur dans le genou droit, et le lendemain de nouvelles douleurs occupèrent le poignet, la main, l'épaule du côté droit et le pied gauche; mais de toutes ces articulations, le poignet seul offrit du gonflement.

Le malade n'a pas travaillé depuis le début des douleurs, mais il n'a pas gardé continuellement le lit, bien que la marche fût très pénible.

Il est venu à pied à l'hôpital avec beaucoup de peine.

Il n'a fait aucun traitement.

Il dit avoir été mouillé par la pluie ayant chaud, deux jours avant la manifestation des douleurs articulaires.

Etat le jour de l'entrée (13 *mai*) *:*

La main et le poignet droits sont rouges et un peu gonflés en même temps que douloureux; le pied gauche et le genou droit sont également douloureux, mais sans gonflement; pouls à 80, assez développé; visage animé; langue bonne; résonnance et respiration normales.

Rien de notable au cœur, si ce n'est que le premier bruit est un peu prolongé.

Saignée 3 palettes.

14. A-peu-près même état que la veille; le poignet et l'épaule du côté droit sont le siège des plus fortes douleurs; le premier est rouge et gonflé (sa circonférence est de 7 pouces, et celle du gauche de 6 pouces 6 lignes); le genou droit est douloureux surtout au toucher et un peu gonflé (sa circonférence est de 13 pouces 2 lignes, et celle du gauche de 13 pouces); pouls à 80, développé, non redoublé; chaleur assez modérée de la peau et un peu de sueur la nuit dernière.

Matité de la région du cœur dans ses limites sensiblement normales; impulsion modérée; le second bruit normal, le premier un peu prolongé et un peu rude au niveau de l'orifice aortique.

Caillot de la saignée médiocrement rétracté, d'une consistance médiocre, mais recouvert d'une couenne ferme et d'une bonne ligne d'épaisseur.

Saignée 3 palettes; ventouses scarifiées 3 palettes et cataplasmes main et épaule droites; bourrache, guimauve sirop de gomme; diète.

15. Le malade se trouve beaucoup soulagé; douleur du poignet droit presque nulle; ce poignet est réduit à une circonférence de 6 pouces 8 lignes (les mouvemens de flexion et d'extension s'exécutent sans douleur notable); encore un peu de douleur à l'épaule droite; pouls tombé à 56-60; bruits du cœur normaux.

Caillot de la saignée presque partout adhérent, recouvert dans une portion de son étendue seulement d'une couenne d'une ligne d'épaisseur; il offre d'ailleurs une consistance meilleure que celui de la veille, supporte les trois quarts de son poids, se casse net et rougit à peine le doigt qui l'écrase. — Rondelles des ventouses d'une bonne consistance, glutineuses; sérosité légèrement rougie.

Convalescence commençante.

Compresses alumineés et bandage compressif sur la main et le poignet droits; cataplasmes laudanisés sur le genou; deux tasses de bouillon; une soupe aux herbes et quelques pruneaux.

16. Le poignet droit n'est plus douloureux et a sensiblement repris son volume normal en même temps que la liberté de ses mouvemens; diminution de la douleur de l'épaule droite; pouls à 60; chaleur normale; appétit bon.

Un huitième d'alimens.

17. Toutes les articulations sont libres, excepté l'épaule droite qui est un peu douloureuse quand elle se meut (le malade s'est levé dans la journée d'hier qui était froide et pluvieuse).

Un bain; le quart d'alimens.

18 et 19. La convalescence se soutient et le malade est mis à la demie.

20 et 21. Le pouls bat de 56 à 60 par minute; bruits du cœur modèles.

Guérison des plus parfaites (*trois quarts d'alimens*).

24. *Exeat.*

OBSERVATION CII.— Rhumatisme articulaire aigu peu généralisé à l'état naissant. — Rien de bien notable au cœur. — Cas à peine moyen. — En quarante-huit heures 3 saignées, générales (2) et locale (1) qui ont fourni 9 palettes ou 2 livres 4 onces de sang. — Convalescence commençante le cinquième jour après l'entrée.

Salle des hommes, n° 7. Hautemalle (Jacques), âgé de quarante-deux ans, tambour de la garde nationale, avenue de Saxe, n. 4, malade depuis deux jours ; entré le 23 avril 1839, sorti le 30 avril du même mois.

D'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin ; d'une bonne santé habituelle.

Après avoir éprouvé, pendant deux jours, un malaise général et quelques frissons, sans cesser de vaquer à ses occupations, le malade a commencé à ressentir la veille de son entrée, des douleurs dans l'épaule droite et dans le genou gauche, douleurs qui ont persisté depuis.

Le jour où il est tombé malade, le sujet a fait beaucoup de courses sans qu'il se rappelle toutefois au juste s'il s'est refroidi après avoir eu chaud.

Son père n'a jamais eu de rhumatisme ; mais sa mère était atteinte de la goutte et est morte asthmatique à l'âge de quarante-cinq ans.

L'état du malade qui est tambour dans la garde nationale l'expose d'ailleurs, dit-il, à de fréquentes vicissitudes atmosphériques.

Etat le jour de l'entrée :

Le genou gauche est douloureux, sensiblement gonflé et le malade ne peut le remuer qu'avec beaucoup de difficulté; pouls à 92, assez développé, visage animé.

La pression et la percussion de la région précordiale déterminent un peu de douleur ; les battemens du cœur assez peu sensibles à la main ; les bruits du même organe sourds, sans souffle.

Saignée de 3 palettes.

24. La douleur de l'épaule se propage au côté correspondant de la poitrine et augmente beaucoup lorsque le malade se met sur son séant ; le gonflement du genou gauche est moins prononcé que hier, mais bien sensible encore (la circonfé-

rence de ce genou est de 12 pouces 11 lignes, et celle du genou droit de 12 pouces 7 lignes); le pouls à 96, petit, comme embarrassé, mais résistant, régulier, non redoublé; visage encore animé; chaleur et moiteur de la peau; langue humide; ventre souple; rien de notable pour les voies urinaires; insomnie.

Point de douleur dans la région précordiale où l'on observe dans sa moitié supérieure une légère voussure, dont l'existence est confirmée par le *cyrtomètre* (cet instrument donne une ligne de plus au niveau du mamelon gauche qu'au niveau du droit); les battemens du cœur soulèvent assez distinctement la région précordiale dont la matité n'a qu'un pouce 9 à 10 lignes d'étendue transversalement et un pouce 3 lignes verticalement; les deux bruits valvulaires bien distincts, voisins de l'oreille, sans aucune trace de souffle; aucun bruit de frottement péricardique.

La respiration est bonne partout, et on l'entend même dans la région du cœur.

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne mince, demi transparente, partielle, volumineux, d'une consistance moyenne, et ne supportant pas tout son poids sans se rompre.

Saignée 3 palettes; cataplasmes articulations douloureuses; bourrache sirop de gomme 3 pots; lavement huileux; diète.

25. La douleur de l'épaule est calmée; elle se propage toujours vers la région sus-précordiale; la douleur du genou est la même ainsi que le gonflement (la circonférence de cette partie de 12 pouces 11 lignes comme la veille); pouls à 88-92; chaleur modérée avec un peu de tendance à la moiteur.

Rien de nouveau pour les bruits du cœur.

Caillot de la saignée remplissant tout le vase, sans couenne, mais recouvert d'une croûte rouge épaisse.

Ventouses scarifiées genou gauche 3 palettes; le reste, idem.

26. La douleur du genou a été enlevée par les ventouses (la circonférence de cette partie est encore de 12 pouces 10 à 11 lignes; la partie interne est surtout gonflée, et on y sent une

demi-fluctuation); aucune autre partie n'est douloureuse; pouls à 84 et chaleur modérée; bruits du cœur clairs.

Rondelles des ventouses glutineuses avec trace de couenne sur quelques-unes d'entre elles; la sérosité qui les entoure ne contient aucun atome de leur matière colorante rouge.

Bandage compressif aluminé autour du genou gauche; deux pilules extrait gommeux d'opium d'un quart de grain chacune; un bouillon; une soupe aux herbes.

27. La fièvre a complètement cessé; pouls à 72 et chaleur normale de la peau.

Point de douleur nulle part; l'articulation du genou gauche un peu encore engorgée, mais moins gonflée vers sa partie interne, de 12 pouces 10 lignes de circonférence.

Convalescence commençante.

Vésicatoire volant genou gauche; mêmes pilules; un huitième d'alimens.

28. La convalescence se soutient.

29. Point de retour des douleurs; peau d'une chaleur douce, normale; pouls à 72; le malade s'est levé hier et a marché facilement.

Bandage compressif aluminé; la demie d'alimens.

30. Le malade, se sentant parfaitement guéri, demande et obtient sa sortie.

TROISIÈME CATÉGORIE.

Cette catégorie est affectée aux cas légers. Elle en comprend onze; mais de ces onze cas, il en est trois (les trois derniers) dans lesquels le rhumatisme articulaire aigu, léger, était greffé sur des lésions organiques du cœur consécutives à d'anciennes attaques de rhumatisme articulaire. Cette dernière circonstance a imprimé un sceau de gravité spéciale à ces trois cas considérés dans l'ensemble de leurs conditions.

OBSERVATION CIII. — Rhumatisme articulaire sub-aigu, occupant un petit nombre d'articulations.—Rien de notable au cœur. — Cas léger. — En vingt-quatre heures une saignée générale et une locale qui ont fourni 6 palettes ou 1 livre et demie de sang. — Convalescence commençante le troisième jour après l'entrée. — Légère rechute au bout de quatre jours qui cède immédiatement à une saignée locale de 2 palettes, en tout 2 livres de sang.

Salle des femmes, n° 12. Ridef (Adélaïde), 38 ans; couturière; rue de la Calandre, 42; malade depuis 6 jours; entrée le 24 août 1839, sortie le 30 septembre suivant.

D'une constitution de force moyenne et d'un tempérament lymphatico-sanguin.

A l'âge de 15 ans, elle a eu un rhumatisme articulaire des genoux et des pieds pour lequel elle garda le lit pendant six semaines (aucun traitement actif).

Il y a cinq ans, elle a éprouvé de nouveau des douleurs dans les articulations indiquées, mais qui se sont dissipées au bout de 5 jours.

Enfin il y a six jours, les genoux et les pieds sont encore devenus douloureux en même temps que rouges et gonflés, et la malade a été obligée de se mettre au lit.

Elle n'a fait aucun traitement.

24 et 25 août. Les genoux et les pieds sont encore douloureux et un peu gonflés, avec développement des veines environnantes; pouls à 96, développé; résonnance de la poitrine et respiration bonnes partout.

Rien de notable au cœur.

Saignée de 3 palettes le 24 au soir et ventouses scarifiées trois palettes le 25 au matin; cataplasmes; guimauve, bourrache édulcorée; diète.

26. La douleur et le gonflement des genoux ont disparu; les grosses veines qui serpentaient autour sont affaissées; les mouvemens assez libres; point de douleurs dans les autres articulations; pouls à 72-76.

Rondelles des ventouses fermes, très glutineuses, quelques-unes parsemées de petites plaques conenneuses.

Convalescence commençante.

Compresses aluminées et bandage compressif autour des genoux.

La convalescence se soutient les jours suivans et la malade mangeait le huitième d'alimens, lorsqu'une récidive survint dans la nuit du 30 août.

31. Douleur et gonflement dans le pouce de la main gauche, dans la main elle-même et dans le poignet avec gonflement considérable et turgescence du système veineux de ces parties (la circonférence du poignet gauche est de 6 pouces 6 lignes et celle du droit de 6 pouces seulement); le moindre mouvement des parties rend les douleurs intolérables; aucune douleur dans les autres articulations; peau d'une chaleur assez modérée, et pouls à 72.

Rien au cœur.

Ventouses scarifiées 2 palettes et cataplasmes sur la main et le poignet gauches; bourrache sirop de gomme; lavement huileux; diète.

1er *septembre.* Diminution de la douleur et du gonflement avec mouvemens plus faciles; pouls tombé à 64.

Bandage d'extriné autour de la main gauche; 2 *tasses de bouillon et une soupe aux herbes.*

2. Depuis que le membre est dans l'appareil amidonné, le malade dit que la douleur a diminué sensiblement et elle soulève le membre avec assez de facilité; pouls à 56-60.

Un huitième d'alimens.

3 et 4. Très bien.

5. Il est survenu de la douleur dans le poignet droit. (*cataplasme laudanisé matin et soir*).

6. La douleur et le gonflement du poignet droit ont beaucoup diminué.

Bandage compressif et aluminé autour du poignet.

14. Il ne reste plus rien de l'affection rhumatismale.

24 et 25. Il est survenu sans cause bien connue des vomissemens fréquens d'une matière aqueuse et verdâtre, pour lesquels on a employé la glace en boisson, la limonade gazeuse et les cataplasmes sur l'épigastre.

Dès le 27, les vomissemens qui n'avaient point été accompagnés de fièvre avaient complètement cessé et la malade sortit le 30 septembre.

OBSERVATION CIV. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé, avec fièvre très modérée. — Cas actuellement léger. — En vingt-quatre heures deux saignées générales qui ont fourni 7 palettes ou 1 livre 12 onces de sang. — Convalescence commençante le troisième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 23; Gurette (Jean), vingt-cinq ans; conducteur d'omnibus; rue du Cherche-Midi, 77; malade depuis huit jours; entré le 28 novembre 1838; sorti le 3 décembre suivant.

D'un tempérament lympatico-sanguin; cheveux châtains; peau mince et fine; d'une constitution assez forte.

Depuis dix ans qu'il est à Paris, il a eu trois attaques de rhumatisme articulaire, non compris celle pour laquelle il entre aujourd'hui à l'hôpital.

La première attaque eut lieu il y a huit ans, et il en fut traité à l'Hôtel-Dieu où il séjourna pendant huit semaines (il ne fut saigné qu'une fois).

Environ quatre ans après, seconde attaque pour laquelle il fut admis encore à l'Hôtel-Dieu, où il séjourna six semaines (il fut traité par les bains).

Il y a trois ans, troisième attaque, la plus forte de toutes, consistant en des douleurs avec gonflement de la plupart des articulations, et pour laquelle il fut admis à notre service, où il fut soumis à la méthode des saignées coup sur coup, et d'où il sortit parfaitement guéri, au bout de quinze jours.

Depuis cette époque, sa santé a toujours été bonne jusqu'à la maladie actuelle, et il n'est resté sujet ni aux palpitations ni aux essoufflemens en montant.

Il y a huit jours, il a commencé à éprouver des douleurs dans les poignets; au bout de trois jours, la douleur s'est développée sur les articulations des deux hanches; enfin la veille de l'entrée, le genou et le pied gauche se sont pris.

Aucun traitement actif avant l'entrée.

Le malade est exposé par sa profession aux vicissitudes atmosphériques, mais il ne se rappelle pas avoir eu successivement chaud et froid immédiatement avant sa maladie.

Etat le jour de l'entrée (28 *novembre*). Les articulations des hanches, du genou et du pied gauche, sont un peu douloureuses, surtout au toucher, mais il n'existe de gonflement

qu'au pied gauche, et ce gonflement est peu considérable; pouls à 72, développé, assez résistant; visage animé et pommettes fortement colorées.

Rien de notable pour les bruits du cœur, ni pour la matité de la région précordiale.

Rien non plus du côté des organes de la respiration.

Saignée de 4 palettes.

29. Le malade se trouve soulagé depuis la saignée; sueurs la nuit dernière, et ce matin encore, état sudoral avec nombreux sudamina sur le côté gauche du cou (à droite, gouttelettes de sueurs assez grosses sans sudamina); pouls à 84, d'un volume moyen, bien souple, non redoublé.

Point de voussure ni de matité anormales, à la région précordiale et bruits du cœur parfaitement purs.

Caillot de la saignée adhérent par le tiers de sa circonférence, environné ailleurs d'une sérosité citrine assez abondante, recouvert d'une couenne ferme, résistante, bien organisée, et d'une ligne environ d'épaisseur.

Saignée 3 palettes; cataplasme sur les articulations; limonade citrique, violette, bourrache édulcorées; lavement huileux; diète.

30. Le malade se trouve très bien et ne se plaint d'aucune douleur; chaleur normale de la peau; soif modérée, un peu d'appétit.

Bruits du cœur bien clairs.

Caillot de la saignée presque partout adhérent, d'une bonne consistance, recouvert d'une couenne générale, tirant sur le jaune, et entouré d'une médiocre quantité de sérosité d'un jaune d'or.

Convalescence commençante.

Une tasse de bouillon, une soupe aux herbes et une douzaine de pruneaux.

1er *décembre.* Le malade va très bien (*une demie d'alimens*).

2. La guérison se soutient (*une demie d'alimens*).

3. Le malade se trouve parfaitement bien et demande sa sortie.

OBSERVATION CV. — Rhumatisme articulaire aigu peu généralisé, presque apyrétique. — Rien au cœur. — Cas léger. — En vingt-quatre heures une saignée générale et une saignée locale qui ont fourni 5 paletttes ou 1 livre 4 onces de sang. — Convalescence commençante le troisième jour après l'entrée.

Salle des hommes, n° 21, Gossien (Pierre), âgé de vingt-cinq ans; menuisier; quai de Valmy, 139; malade depuis cinq jours; entré le 30 juillet 1839; sorti le 4 août suivant.

D'une constitution assez forte et d'un tempérament lymphatico-sanguin; d'une santé habituellement bonne.

Il y a cinq jours, il a commencé à éprouver de la douleur dans les articulations des pieds qui sont devenus gonflés; le lendemain les deux genoux furent également envahis.

Le malade a gardé le lit dès le commencement, et comme il ne pouvait marcher, il a été conduit à l'hôpital en voiture; les douleurs ont été assez fortes pour empêcher le sommeil.

Le malade n'a fait aucun traitement, et il dit même avoir mangé à-peu-près comme d'habitude.

Il dit qu'il lui arrive souvent de suer et de s'exposer dans cet état au frais.

Etat le jour de l'entrée (30 *juillet*). Douleurs dans les deux genoux, mais avec gonflement du droit seulement; le malade se plaint aussi d'un peu de douleur vers le milieu de la cuisse gauche; pouls à 84, et chaleur à-peu-près normale.

Rien de notable au cœur.

Saignée 3 *palettes.*

31. Depuis la saignée, le genou droit est moins douloureux et moins gonflé; la douleur du genou gauche persiste toujours sans gonflement; pouls à 72, bien développé; chaleur douce sans sueurs; langue rosée et appétit bon.

Point de matité anormale dans la région du cœur; point de bruit de souffle (le second bruit est seulement bien plus clair et bien plus marqué que le premier).

Caillot rétracté, à bords renversés et à forme de champignon, recouvert d'une couenne dense, résistante à la manière d'une membrane fibreuse, d'une ligne à une ligne et demie d'épaisseur à sa circonférence (le caillot lui-même est d'une bonne consistance).

Ventouses scarifiées 2 *palettes sur chaque genou*, *et*

cataplasme; guimauve, bourrache sirop de gomme et limonade citrique 2 *pots;* 2 *bouillons, une soupe aux herbes.*

1er *août.* Les douleurs ont été enlevées par l'application des ventouses et le gonflement du genou droit a disparu.

Rondelles des ventouses réunies en une masse glutineuse ferme; quelques-unes parsemées de petites plaques couenneuses; sérosité non colorée par le caillot.

Convalescence commençante.

Bandage compressif et aluminé autour des genoux.

Un huitième d'alimens.

2. Les articulations sont dégagées, et le malade a pu rester un peu levé hier.

Un quart d'alimens.

3. Les articulations continuent à être bien libres.

Un bain; la demie.

4. *Exeat.*

OBSERVATION CVI. — Rhumatisme articulaire aigu chez un sujet qui a déjà eu deux attaques de la même maladie, à la suite desquelles il est resté dans un état anémique (le cœur a probablement été pris). — Attaque actuelle légère. — Jour de l'entrée; une saignée de 4 palettes ou 1 livre. — Convalescence commençante le quatrième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 20. Huchaud (Claude), âgé de quarante ans; sellier; rue des Récollets, 12; malade depuis trois jours; entré le 11 novembre 1838; sorti le 20 du même mois.

D'une constitution assez délicate et détériorée, à la suite de deux attaques prolongées de rhumatisme articulaire; d'un tempérament lymphatico-sanguin; peau blanche et fine.

Il y a dix ans, il fut, pour la première fois, atteint d'un rhumatisme articulaire aigu qui le retint pendant cinq à six mois au lit.

Il y a quatre ans, nouvelle attaque d'un rhumatisme articulaire aigu, occupant presque toutes les articulations, qui le retint encore au lit pendant cinq mois (*deux ou trois saignées et une application de* 12 *sangsues sur chaque hanche*). La première attaque fut traitée à-peu-près de la même manière.

Il y a dix jours, il a commencé à éprouver des douleurs dans les hanches et les reins, et deux jours plus tard dans les genoux et les pieds; les épaules se prirent ensuite. Il a continué à vaquer à ses occupations pendant les premiers jours, mais il a été obligé, plus tard, de se mettre au lit, et 25 sangsues furent appliquées sur les hanches.

Le malade travaille, dit-il, *dans un endroit humide, et il lui est arrivé souvent d'éprouver du refroidissement après des sueurs provoquées par les fatigues de sa profession; il attribue sa dernière attaque au mauvais temps.*

Etat le jour de l'entrée.

11 *novembre* 1838. Douleurs dans presque toutes les grosses articulations des membres inférieurs et dans les épaules; mais le pied droit est le seul qui présente du gonflement; pouls à 80, médiocrement développé; peau d'une chaleur modérée, ni sèche, ni sudorale; langue humide, blanchâtre; assez d'appétit; résonnance de la poitrine et respiration bonnes partout.

Bruits du cœur sourds, le premier surtout qui est en même temps accompagné d'un beau souffle vers la partie inférieure du sternum principalement; l'étendue de la matité de la région précordiale dépasse sensiblement les limites normales, et on observe une voussure évidente dans la même région; l'impulsion du cœur ne se fait bien sentir qu'au bas du sternum.

Saignée de 4 palettes.

12. Le genou gauche est aujourd'hui l'articulation la plus douloureuse; la douleur se fait surtout sentir au jarret, augmente à la pression, s'oppose à l'extension de la jambe, mais n'est accompagné ni de tuméfaction, ni de rougeur bien notables (la circonférence de ce genou est de treize pouces une ligne, comme celle du droit); douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, sans rougeur ni gonflement; pouls à 72-76, mince et faible; chaleur douce de la peau et un peu de sueur partielle; pâleur jaunâtre de toute la peau, et effacement des veines sous-cutanées; léger sifflement dans la carotide droite.

Etat du cœur comme la veille.

Caillot de la saignée assez volumineux, eu égard à la constitution du sujet, recouvert d'une couenne d'une ligne et demie d'épaisseur, et qui supporte facilement le poids de ce caillot.

Cataplasmes laudanisés sur les articulations; 2 pilules extrait gommeux d'opium d'un demi-grain chacune; lavement émollient; diète.

13. Les articulations du genou et du coude-pied sont sensiblement moins douloureuses, et aucune autre ne s'est prise; un peu de sueur et pouls à 72.

Même prescription, plus deux tasses de bouillon coupé.

14. Douleurs à-peu-près nulles; pouls à 72, et peu de chaleur à la peau, avec légère sueur.

Convalescence commençante.

Un huitième d'aliment.

La convalescence marche bien les jours suivans, et le malade est mis à la demie.

20. *Exeat.* A part l'état du cœur, qui est le même qu'à l'entrée, le malade est tout-à-fait guéri.

OBSERVATION CVII. — Rhumatisme articulaire ambulant des genoux et des poignets, etc., avec fièvre modérée. — Rien de notable au cœur au moment de l'entrée. — Cas léger. — Jour de l'entrée une saignée de 4 palettes ou 1 livre. — Convalescence le septième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 13. Vermont (Louis); âgé de trente-quatre ans; chansonnier; rue de Runy, 2; malade depuis trois jours, et indisposé depuis sept à huit; entré le 11 mars 1839; sorti le 20 mars 1839.

D'une constitution forte et d'un tempérament sanguin; d'une santé habituellement bonne.

Il y a deux ans, quelques douleurs rhumatismales qui cédèrent aux bains de vapeur.

Il y a sept à huit jours, le malade a commencé à ressentir un peu de douleurs dans les mains et les poignets; il y a trois jours, ces articulations se sont gonflées, ainsi que les genoux; ces derniers ont perdu leur gonflement en conservant la douleur.

Etat le jour de l'entrée.

11 *mars.* Genoux encore douloureux, mais sans gonfle-

ment bien notable ; les poignets, surtout le gauche, sont gonflés, ainsi que quelques articulations métacarpo-phalangiennes; pouls à 100, fort et résistant; visage animé; langue humide, blanchâtre, et appétit assez bon; rien de notable pour la respiration, non plus que pour l'état du cœur.

Saignée de 4 palettes.

12. Les poignets sont sensiblement dégagés; le genou gauche est plus douloureux que le droit, ce qui est l'inverse de la veille, et le premier est le siège d'un gonflement médiocre; le gonflement du poignet gauche et des doigts est accompagné d'une tension et d'une turgescence notable des veines sous-cutanées; pouls à 76, plein, fort, tendu, bien détaché, non redoublé; chaleur modérée de la peau; insomnie et malaise général; langue un peu blanche, humide; soif modérée et assez d'appétit; pas de selles depuis la veille; urine à-peu-près comme à l'état normal.

Pas de saillie sensible dans la région précordiale, où les battemens du cœur se font sentir avec une certaine force; matité de cette région dans des limites normales; double claquement valvulaire bien dessiné, sans souffle, mais un peu fort à gauche.

Caillot de la saignée remplissant presque tout le vase, d'une consistance au-delà de la moyenne, recouvert d'une couenne mince et incomplète.

Cataplasmes; violette, bourrache sirop de gomme 3 pots; diète.

13. Le genou gauche moins douloureux ; le poignet gauche à-peu-près dans le même état que la veille, et l'épaule gauche un peu prise; pouls à 68-72, fort, tendu et plein ; un peu de moiteur de la peau ; léger sommeil.

Bruits du cœur bien clairs, moins forts que la veille; mesurée avec le cyrtomètre, la saillie de la région précordiale est exactement la même que celle de la région correspondante du côté opposé.

Même prescription.

14. Une douleur s'est manifestée depuis la veille dans l'articulation coxo-fémorale gauche; mais les genoux, l'épaule et les articulations de la main sont en grande partie dégagées;

pouls à 64, beaucoup moins tendu et moins fort; urine rendue depuis seize à dix-sept heures, sans odeur notable, acide, avec un nuage assez épais au fond.

Bruits du cœur purs et moins forts que les jours précédens.

Un bouillon, une soupe aux herbes et pruneaux; le reste idem.

15. A-peu-près même état des articulations; pouls à 52, toujours bien détaché et saccadé; bruits du cœur toujours clairs, avec léger tintement métallique pendant la systole; urine jaune, claire, avec un léger énéorème.

Même prescription.

16. L'épaule et le genou à peine douloureux, mais hanche et main gauches plus douloureuses que la veille, avec gonflement des articulations du doigt indicateur; le pouls reste à 52-56, et rien de nouveau pour les bruits du cœur.

Deux pilules d'extrait gommeux d'opium, d'un quart de grain chacune; lavement émollient; une tasse de bouillon et une tasse de lait.

17. La hanche et la main moins douloureuses que la veille; chaleur de la peau normale; pouls à 48-52, bien moins fort et moins tendu que les premiers jours; battemens et bruits du cœur tout-à-fait normaux (le tintement métallique qui accompagnait la systole a disparu).

Convalescence.

Un huitième d'alimens; mêmes pilules.

18 et 19. Le malade ne sent plus aucune douleur, et le gonflement du doigt indicateur a disparu; le pouls reste à 48.

Le quart et un bain le 18, *et la demie le* 19.

20. *Exeat.* Guérison parfaite.

OBSERVATION CVIII. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé chez un sujet évidemment chlorotique. — Quelques doutes d'abord sur le véritable état de l'endocarde et des valvules. — Cas léger. — Jour de l'entrée une saignée de 3 palettes ou de 12 onces. — Convalescence commençante le quatrième jour après l'entrée.

SALLE DES FEMMES, nº 2. Marchal (Fanny), âgée de vingt-et-un ans; femme de chambre rue Saint-Honoré; malade

depuis huit jours; entrée le 17 août 1838; sortie le 15 septembre suivant.

D'un tempérament lymphatique, cheveux blonds, peau blanche et fine; assez mal réglée (les dernières règles se sont supprimées au bout de vingt-quatre heures; les précédentes duraient trois jours environ. Mais le sang était pâle et peu abondant).

C'est le 11 du présent mois d'août qu'eurent lieu les dernières menstrues et le 14 on lui appliqua vingt-quatre sangsues à la partie supérieure des cuisses; on lui fit prendre de plus un bain chaud, ce qui fit reparaître, dit-elle, l'écoulement.

Quoi qu'il en soit, huit jours avant son entrée, elle avait éprouvé des douleurs dans la mâchoire inférieure d'abord, puis successivement dans les hanches, les genoux, les pieds, l'épaule gauche et les poignets. C'est pendant le cours de ces douleurs que les sangsues furent appliquées, ce qui diminua seulement la douleur des hanches.

La malade dit avoir constamment gardé le lit et n'avoir pris aucune nourriture depuis le commencement de la maladie; elle dit avoir eu des sueurs abondantes.

Elle attribue sa maladie à l'humidité d'une chambre dans laquelle elle a couché pendant un mois étant alors à Londres, mais on ne doit attacher aucune importance à ce renseignement attendu qu'il y a déjà un mois que la malade est de retour à Paris.

Avant l'affection rhumatismale, la malade était sujette à des palpitations et à des essoufflemens.

L'épaule, le coude et le poignet gauches sont douloureux et l'articulation du poignet est en même temps sensiblement gonflée; les deux genoux, les pieds sont également douloureux, un peu rouges et gonflés, et la pression la plus légère augmente la douleur; la température du poignet gauche est de 35° et celle du poignet droit qui est sain de 34°; la température du genou gauche de 36° et celle des parties voisines de 34° seulement; peau chaude et un peu moite au toucher; pouls à 92, médiocrement développé.

Pas de voussure dans la région précordiale; impulsion du

cœur assez forte; bruit de souffle assez sec au premier temps dans la région des cavités gauches, devenant plus moelleux vers l'orifice aortique.

Magnifique bruit de diable sibilant ou semblable à celui du vent qui traverse en sifflant une fente ; visage d'un fond pâle avec une légère teinte rosée des pommettes.

Rien de notable du côté de la respiration ; langue humide, saburrale, soif vive et anorexie; ventre souple, indolent ; une selle aujourd'hui, après sept jours de constipation.

Saignée de 3 palettes.

18. La malade se sent beaucoup soulagée depuis la saignée: le poignet gauche est à-peu-près dégagé, mais les deux genoux, surtout le gauche, sont toujours pris ; température de la peau à-peu-près normale avec un peu de moiteur ; pouls à 88-92, mou, fluctuant, avec sensation d'un *bruissement* très marqué en pressant l'artère.

La pointe du cœur ne descend pas sensiblement plus bas qu'à l'état normal ; l'impulsion du cœur un peu augmentée; premier bruit accompagné d'un souffle qui devient de plus en plus pur à mesure qu'on s'approche du trajet de l'aorte sous-sternale ; le claquement du second bruit bien distinct ; la présence d'un sein volumineux ne permet pas de bien limiter l'étendue de la matité de la région précordiale ; magnifique bruit de diable dans la carotide droite, tellement continu qu'on ne distingue bien aucune reprise même pendant la systole du cœur ; petit sifflement par intervalle dans l'artère crurale droite; pâleur de la face avec teint fané et yeux cernés.

Le caillot de la saignée adhérant seulement par une espèce d'angle aux parois du vase, nage comme une sorte de presqu'île au milieu d'une grande quantité de sérosité ; il est recouvert d'une belle couenne retroussée sur ses bords où elle offre trois bonnes lignes d'épaisseur, analogue à une peau de chamois.

Infusion guimauve-bourrache et limonade citrique trois pots; cataplasmes laudanisés autour des genoux et ban-

dage compressif autour de la main gauche, lavement huileux ; diète (1).

19. Toutes les articulations sont à-peu-près dégagées ; chaleur modérée avec sueurs abondantes et pouls à 92-96 ; persistance d'un souffle très fort dans la région de l'orifice aortique, et du bruit de diable dans l'artère carotide et la sous-clavière droites, dernier bruit qui résiste à une assez forte pression.

Même prescription.

24. Pouls à 84 ; peau moite ; genoux encore un peu douloureux ; persistance du souffle sous-sternal au premier temps et du bruit de diable (on entend bien celui-ci à l'oreille nue).

Convalescence commençante.

Deux tasses de bouillon, une tasse de lait coupé.

21. Les genoux ne sont plus douloureux ni gonflés ; peau sudorale ; pouls à 80-84, très mou et très petit ; souffle continu de la carotide droite, et souffle sous-sternal au premier temps un peu moins forts ; langue humide, rosée, nette, soif modérée et un peu d'appétit.

Un huitième d'alimens.

22. Les genoux continuent à être bien dégagés ; peau sudorale et pouls à 80-84 ; persistance du souffle au premier temps avec un peu d'obscurcissement du second bruit ; l'impulsion du cœur bien sensible à la main, d'une force et d'une étendue moyennes.

La malade a commencé de se lever hier, mais elle s'est sentie encore trop faible pour marcher.

23. Guérison complète du rhumatisme; cessation des sueurs et pouls à 72.

Un bain.

Les jours suivans, on augmente graduellement la dose des alimens et il ne survient aucun accident notable.

On s'occupe alors du traitement de l'état chlorotique au

(1) L'état de chlorose bien caractérisée, et l'amendement notable obtenu par la première saignée, nous déterminèrent à nous abstenir de nouvelles saignées, du moins pour le présent jour.

moyen du sous-carbonate de fer et de l'extrait de quinquina administré dans une potion gommeuse.

Le 13 septembre, le malade annonce que ses règles sont venues la veille, mais peu abondantes et pâles; le pouls est à 70 (*le malade mangeait alors les trois quarts, et la dose du sous-carbonate de fer était de 30 grains*).

Les règles cessèrent de couler le 14 septembre, et le lendemain, le malade sortit de l'hôpital. Il ne restait plus alors qu'un très faible bruit de diable dans la carotide droite et un léger souffle moelleux dans la région de l'aorte sous-sternale.

OBSERVATION CIX. — Rhumatisme articulaire généralisé à forme sub-aiguë chez un individu qui en a déjà eu d'autres attaques. — Rien de notable au cœur. — Cas léger. — Jour d'entrée une saignée de 3 palettes ou de 12 onces. — Convalescence commençante le quatrième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 18 bis. Clerc (François), âgé de quarante-huit ans, cordonnier, rue Saint-Denis, n. 345, malade depuis cinq semaines; entré le 19 avril 1839; sorti le 11 mai suivant.

D'une constitution faible et d'un tempérament lymphatico-nerveux.

En 1821, le malade étant alors à Bordeaux, première attaque de rhumatisme occupant la plupart des grandes articulations avec gonflement et douleurs. Le malade a gardé le lit pendant trois semaines, et a conservé de la faiblesse encore long-temps après.

Il dit avoir été traité par l'application de dix sangsues sur le creux de l'estomac et de cataplasmes sur les articulations douloureuses.

En 1827, étant alors à Paris, le malade eut une seconde attaque de rhumatisme, occupant la plupart des articulations, pour lequel il fut retenu au lit pendant quatre mois.

Cette fois il fut, dit-il, traité par l'émétique et les bains de vapeur.

Enfin, il y a sept semaines, il a de nouveau éprouvé des douleurs dans les genoux, les pieds et les épaules, sans gonflement bien notable, mais cependant avec impossibilité de marcher. Il a gardé le lit pendant quinze jours, et a pris quelques bains simples.

Il attribue cette attaque à des refroidissemens après avoir eu chaud (obligé d'aller toutes les semaines de Paris à Saint-Germain, il marchait souvent très vite, chargé d'un paquet assez lourd, pour se rendre au chemin de fer, et il croit avoir *pris ainsi chaud et froid*).

Se trouvant mieux au bout de quinze jours, il put reprendre ses occupations et les continua pendant huit jours. A cette époque, étant obligé de déménager, il s'exposa de nouveau à des alternatives de chaud et de froid, particulièrement en lavant le plancher de son nouveau logement, et une récidive de rhumatisme s'est déclarée, occupant les articulations des membres supérieurs et inférieurs droits; cette récidive retenait le malade au lit depuis quinze jours, lorsqu'il prit le parti d'entrer à l'hôpital.

Il avait pris quelques bains pour tout traitement.

Etat le jour de l'entrée (19 *avril*) :

Douleurs dans les articulations du membre inférieur droit, qui ne sont pas notablement gonflées et que le malade remue avec assez de facilité; les articulations métacarpo-phalangiennes, celles du poignet et de l'épaule du côté droit sont gonflées, rouges et douloureuses (celle du coude correspondant est aussi douloureuse, mais sans gonflement notable); pouls à 96, fort, développé, surtout eu égard à la constitution faible du sujet; résonnance de la poitrine bonne partout, si ce n'est à la partie inférieure postérieure du côté gauche de la poitrine où elle est un peu obscure, et où l'on entend quelques craquemens secs, superficiels, provenant probablement du frottement de quelques adhérences anciennes; à cela près, la respiration est bonne partout; langue humide, un peu blanche.

Bruits du cœur secs, *parcheminés*, surtout le second.

Saignée 3 *palettes.*

20. Le malade se sent bien soulagé : la main droite n'est plus rouge ni gonflée et ses mouvemens sont faciles; les articulations des membres inférieurs sont également dégagées; peau moite, d'une chaleur modérée (le malade a mouillé une chemise la nuit dernière); pouls à 92, toujours assez développé et assez résistant; bruits du cœur comme hier.

Caillot de la saignée assez fortement rétracté, d'une bonne

consistance, recouvert d'une couenne mince, mais qui supporte facilement le poids de ce caillot, sérosité jaune-verdâtre, en assez grande abondance.

Cataplasmes sur les articulations; un bain; violette, guimauve sirop de gomme; diète.

21. Les douleurs ont presque complètement cessé; pouls à 84-88.

Deux pilules extrait gommeux d'opium d'un demi-grain chacune; bouillon.

22. Douleurs à-peu-près complètement disparues; pouls à 84; encore un peu de chaleur à la peau.

Convalescence commençante.

Mêmes pilules, un huitième d'alimens.

La convalescence ne se dément point les jours suivans, et le malade mange successivement le quart, la demie et les trois quarts.

11 *mai. Exeat.* En très bon état.

OBSERVATION CX. — Rhumatisme articulaire sub-aigu ambulant avec fièvre modérée. — Rien de notable au cœur. — Cas léger. — Jour d'entrée une saignée de 3 palettes ou de 12 onces. — Convalescence commençante le quatrième jour de l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 13. Manisset (Jean), âgé de vingt-deux ans, serrurier, rue des Filles-Dieu, n. 15, malade depuis un mois; entré le 24 avril 1839, sorti le 30 du même mois.

D'une constitution forte et d'un tempérament sanguin; habituellement bien portant.

Il y a un mois, il a commencé à éprouver des douleurs dans les reins, la hanche, le genou et le pied droits, avec gonflement de ces dernières articulations, surtout au genou.

Le malade a gardé le lit pendant huit jours, et se sentant alors soulagé, il a repris ses occupations.

Il y a douze jours, il a de nouveau éprouvé des douleurs occupant les épaules, les coudes et les poignets, mais il ne s'est alité que cinq jours avant son entrée.

Trois jours avant cette entrée, neuf sangsues ont été appliquées sur l'épaule gauche.

Etat le jour de l'entrée (24 *avril*) :

Le malade n'accuse actuellement que peu de douleur dans les poignets et les coudes ; la seule articulation qui soit assez douloureuse pour gêner les mouvemens, est l'épaule droite où l'on ne trouve cependant aucun gonflement notable ; pouls à 76-80 , assez développé ; visage un peu animé ; appétit assez bon ; soif modérée ; selles normales ; bon état des poumons et du cœur.

Saignée 3 *palettes.*

25. Les douleurs n'occupent ce matin que l'épaule et le coude du côté droit, sans gonflement notable (les mouvemens sont douloureux , mais non impossibles) ; peau d'une chaleur modérée ; pouls à 72 ; retour de l'appétit et soif médiocre ; peu de sommeil ; impulsion du cœur un peu forte ; bruits clairs , purs.

Caillot de la saignée adhérent au vase, d'une consistance moyenne , recouvert de quelques petites lanières de couenne très mince , avec une petite quantité de sérosité transparente à sa surface.

Guimauve, bourrache sirop de gomme 2 *pots; cataplasmes; lavement émollient; diète.*

26. A-peu-près même état que la veille pour les articulations , mais une nouvelle douleur s'est manifestée vers l'attache inférieure du deltoïde droit ; peau moite ; pouls à 60, grand, tendu , résistant ; les deux bruits du cœur forts , secs , bien détachés, sans souffle.

Cataplasmes laudanisés; le reste idem.

27. Point de douleurs nouvelles ; le pouls reste à 56.

Convalescence commençante.

Un bain; un bouillon; le reste idem.

28. Très bien (*un huitième d'alimens*).

29. La guérison se soutient.

Un bain; le quart.

30. Le malade, se trouvant parfaitement bien, demande sa sortie. Son pouls est à 60.

OBSERVATION CXI. — Rhumatisme articulaire sub-aigu avec complication des suites d'une endocardite et probablement d'une péricardite rhumatismales datant de deux ans (1). — Cas léger sous le rapport de la maladie actuelle, mais grave sous le rapport des suites de l'ancienne. — Dans les premières vingt-quatre heures trois saignées, générales (2) et locale (1), deux autres saignées locales les septième et huitième jours, en tout 15 palettes et demie ou 3 livres 14 onces de sang. — Convalescence de la maladie récente, le dixième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 14. Jamant (Édouard); âgé de dix-sept ans et demi; garçon limonadier; rue des Marais, 41; malade depuis quinze jours; entré le 26 octobre 1838; sorti le 17 novembre suivant.

D'une constitution assez forte; d'un tempérament lymphatico-sanguin.

Il y a deux ans, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu bien conditionné, dont il fut traité par les bains ordinaires, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Piédagnel), et pour lequel il séjourna, assure-t-il, environ six mois dans cet hôpital, sans pouvoir marcher.

A la suite de ce rhumatisme, il est resté sujet à des palpitations pour lesquelles on lui fit une application de seize sangsues sur la région précordiale.

Il y a quinze jours, le malade a éprouvé des douleurs dans les pieds, les genoux, les cuisses et les épaules, avec gonflement sans rougeur de quelques-unes de ces articulations; frissons suivis de sueurs tous les jours, vers les cinq heures du soir.

Aucun traitement.

Sa profession l'expose à des changemens brusques de température; il dit descendre souvent à la cave étant en sueur.

État le jour de l'entrée.

(1) Une dépression notable et non congéniale de la région précordiale, nous a fait présumer que la péricardite s'était terminée par des adhérences qui ont attiré de leur côté les parois correspondantes de la poitrine comme il arrive dans certaines pleurésies terminées par rétrécissement du côté correspondant à l'épanchement.

26 *octobre.* Les genoux sont actuellement les articulations les plus douloureuses, mais elles n'offrent aucun gonflement; pouls à 96, assez développé et assez fort; visage pâle, si ce n'est aux pommettes qui sont légèrement colorées; résonnance et respiration bonnes partout.

Pas de voussure notable dans la région précordiale; matité de cette région d'une étendue à-peu-près normale; premier bruit du cœur accompagné d'un souffle râpeux, ayant son maximum de force dans la région des cavités gauches et à la base, où l'on entend aussi un tintement auriculo-métallique bien distinct.

Pas de bruit de diable dans les carotides.

Saignée de 3 palettes.

27. Le malade se sent un peu soulagé; douleur des genoux moins forte; peau un peu sudorale; pouls à 80, modérément développé.

Pas de frémissement cataire dans la région du cœur, dont l'impulsion est assez sensible à la main; beau bruit de souffle légèrement râpeux au premier temps, et envahissant un peu le second, répondant particulièrement à l'orifice aortique.

Caillot de la saignée recouvert d'une couenne blanchâtre, dense, résistante (le caillot lui-même assez mou); sérosité assez abondante et claire.

Saignée de 4 palettes et demie; ventouses scarifiées 3 palettes; cataplasmes laudanisés; potion gommeuse digitale 6 grains; tisane émolliente et diète.

28. Douleurs moindres aux genoux, mais un peu plus fortes aux épaules; pouls à 88; état du cœur comme la veille.

Caillot d'une résistance assez bonne, à surface rutilante et marbrée, avec sérosité d'un jaune doré assez peu abondante sur cette surface, qui est concave; rondelles des ventouses d'une consistance assez ferme, entourées d'une sérosité claire et d'un jaune doré.

Même prescription, moins les saignées; 2 bouillons.

29. L'épaule et le coude gauches sont encore douloureux, et cette dernière articulation est en même temps gonflée; il est survenu une urticaire assez étendue au dos, aux lombes

et aux fesses; teint un peu pâle; langue humide, un peu blanche; toujours pouls à 96.

30 et 31. Douleurs diminuées, occupant particulièrement le coude et le bras gauches; l'éruption ortiée pâlit graduellement et s'affaisse.

Deux tasses de bouillon et deux potages; cataplasmes.

1er *novembre.* La douleur du coude a disparu, mais il en est survenu une nouvelle dans l'épaule correspondante.

Ventouses scarifiées, 2 *palettes sur l'épaule; potion digitale* 6 *grains.*

2. La douleur de l'épaule gauche a complètement disparu, mais les articulations métacarpo-phalangiennes droites sont à leur tour douloureuses et un peu gonflées, sans rougeur; pouls à 60-64, peu développé.

Rondelles des ventouses d'une bonne consistance, sans couenne; sérosité assez abondante et trouble, assez analogue à de la lavure de chair.

30 *sangsues sur la main et cataplasmes.*

3. La main droite est dégagée; très légère douleur et un peu de raideur dans l'épaule et les deux genoux; pouls à 72, médiocrement développé; persistance du bruit de souffle.

Continuation de la potion digitale et des cataplasmes; un quart d'aliment.

4. Le dégagement des articulations est complet.

5. A partir du mamelon gauche jusqu'à deux pouces au-dessous, et dans l'étendue d'un pouce et demi à deux pouces en travers, on observe une dépression évidente qui contraste avec la saillie formée par les cartilages des quatrième et cinquième côtes; la pointe du cœur bat superficiellement vers la partie inférieure de cette dépression; point de frémissement vibratoire; souffle prolongé, filé, bien pur, absorbant tout le premier bruit et masquant en grande partie le second, ayant son maximum d'intensité dans la région des orifices gauches, mais se propageant en s'affaiblissant dans toute la région précordiale et au-delà; en remontant le long du sternum, on n'entend plus qu'un léger souffle au premier temps, et le second bruit se dégage complètement.

Pâleur générale; affaissement des veines; magnifique bruit de diable dans la carotide et la sous-clavière droites.

Il ne reste plus rien de l'affection des articulations.

On continue la potion avec la digitale.

6 et 7. Pouls à 64-68; rien de nouveau d'ailleurs.

17. *Exeat; même état du cœur* (1).

OBSERVATION CXII.—Rhumatisme articulaire aigu, précédé de deux ou trois attaques de la même maladie ayant laissé à leur suite un épaississement avec insuffisance des valvules aortiques, et une hypertrophie moyenne du cœur. — Cas léger sous le rapport de la maladie actuelle, mais grave quant aux suites des précédentes attaques. — Dans les premières vingt-quatre heures deux saignées qui ont fourni 7 palettes ou 1 livre 12 onces de sang. — Convalescence de la maladie récente du quatrième au cinquième jour après l'entrée.

SALLE DES HOMMES, n° 7. Maire, âgé de vingt-cinq ans; layetier; rue Chapon, 6; malade depuis deux ans, et surtout

(1) Ce malade est rentré pour la seconde fois, le 1er décembre 1838. Deux jours après sa sortie, il éprouva dans les genoux et les pieds quelques douleurs qui ne l'empêchèrent pas de vaquer à ses occupations. Il n'a fait aucun traitement et il a pu se rendre à pied à l'hôpital.

État au 1er décembre. L'articulation du pied gauche ou tibio-tarsienne est douloureuse et un peu gonflée, surtout vers la malléole externe; les genoux et le pied droit sont également douloureux; pouls à 80-84, peu développé, assez faible; peau d'une chaleur modérée; visage pâle; bruit de diable dans la carotide droite; résonnance et respiration bonnes partout.

Le premier bruit du cœur est toujours accompagné d'un souffle un peu rude, dont le maximum d'intensité répond au niveau de l'orifice aortique.

2 et 3 décembre. Le pouls est tombé à 68; du reste, à-peu-près même état.

Cataplasmes sur les articulations douloureuses; infusion guimauve, bourrache sirop de gomme; julep béchique; une tasse de bouillon et un potage.

Du 3 au 14 décembre, le malade continue à éprouver quelques douleurs, malgré l'emploi des cataplasmes et d'un liniment narcotique.—Le 14 décembre, on aperçoit à la partie supérieure interne du genou gauche, et à la partie inférieure et interne du droit, deux belles plaques roses, elliptiques, de un à deux pouces de diamètre; la rougeur s'efface à la pression et revient aussitôt qu'on cesse celle-ci (Roséole rhumatismale); d'ailleurs point de fièvre (le malade mange successivement le huitième et le quart).

depuis un mois ; entré le 6 août 1838 ; sorti le 26 du même mois.

D'une constitution forte, cheveux châtains et peau fine. A l'âge de dix-huit ans, il fut atteint d'un rhumatisme occupant presque toutes les articulations, qui le retint au lit pendant six mois, et ne lui permit guère de travailler pendant toute l'année suivante.

Il déclare n'avoir été saigné que deux fois dans le cours de cette maladie, qu'il croit *pouvoir attribuer à l'humidité de la chambre où il couchait habituellement* (il dit qu'il n'y a point de rhumatisans dans sa famille).

Il y a deux ans, il lui est survenu un nouveau rhumatisme articulaire généralisé, qui lui a fait, à ce qu'il assure, encore garder le lit pendant environ six mois.

Une saignée, des cataplasmes, des frictions avec le baume tranquille, et des bains de vapeur, tels sont les moyens qui ont été employés contre cette seconde atteinte rhumatismale.

Depuis ce second rhumatisme, le sujet ne s'est jamais complètement rétabli : ses pieds et ses mains se gonflent et s'endolorisent souvent, surtout aux époques où il survient de grandes variations atmosphériques ; de plus, son haleine est devenue courte, et il s'essouffle en montant, ou lorsqu'il marche vite.

Tous ces symptômes ayant augmenté depuis un mois, le malade s'est décidé à venir à l'hôpital.

Etat du 6 août, jour de l'entrée. Douleurs dans les articulations tibio-tarsiennes, et surtout dans la droite qui est un peu gonflée, dans l'épaule droite et dans les articulations métacarpo-phalangiennes des deux côtés, qui sont presque toutes gonflées, rouges ; peau moite ; pouls fort, développé, vibrant, à 96 ; résonnance et respiration bonnes ; rien de bien notable du côté des fonctions digestives.

Matité de la région précordiale, trois pouces trois lignes

15. Les taches de roséole ont presque entièrement disparu, et les douleurs articulaires sont à-peu-près nulles.

Les jours suivans le malade mange les 3/4.

19. Le malade se trouve assez bien pour demander sa sortie.

verticalement et transversalement; les battemens du cœur sont forts, et on entend un léger souffle au premier temps.

Saignée de 4 palettes.

7. Le malade se trouve mieux; ses mains sont plus libres et presque entièrement dégonflées; la douleur paraît concentrée sur l'articulation tibio-tarsienne, où l'on remarque un gonflement qui paraît être assez ancien; pouls à 92-96, bien développé et résistant, chaleur assez forte et moiteur de la peau.

Faite avec le plus grand soin, l'exploration du cœur a donné les résultats suivans, qui diffèrent un peu de ce qui avait été noté la veille avant ma visite.

Point de voussure notable dans la région précordiale; l'étendue de la matité est telle qu'elle avait été notée la veille; l'impulsion du cœur est forte et brusque; pas de frémissement vibratoire; le premier bruit du cœur est sec, brusque, éclatant; il est suivi d'un bruit de souffle bien distinct ayant son maximum d'intensité vers l'orifice aortique, et se prolongeant tout le long de l'aorte sous-sternale; il est filé et comme produit par une sorte d'aspiration.

Point de bruit de diable dans les artères; point de distension des veines jugulaires; ni toux ni expectoration; respiration libre dans l'état de repos, mais gêne en montant, dernière circonstance qui excite aussi des palpitations; caillot de la saignée assez volumineux et sans couenne.

Saignée 3 palettes; cataplasmes sur les articulations douloureuses; limonade citrique gommée; diète.

8. Articulations bien dégagées, exerçant leurs mouvemens sans douleurs; pouls à 72-76, chaleur modérée et un peu de moiteur.

Caillot sans couenne, de consistance moyenne, entouré d'une médiocre quantité de sérosité.

Violette, bourrache 2 pots; 2 pilules opium, un demi-grain chacune; 2 bouillons, un potage et pruneaux.

9 et 10. Les jointures sont entièrement dégagées; le pouls est à 72, et reste tendu et vibrant; persistance du souffle au second temps.

Le quart d'alimens.

Les jours suivans, les articulations ne se prennent point de nouveau, et sauf l'état du cœur consécutif aux premières attaques, la santé est bien revenue; le malade mange successivement la demie et les trois quarts.

26. *Exeat.* Le souffle du second temps persiste toujours, peut-être un peu moins fort.

OBSERVATION CXIII. — Rhumatisme articulaire aigu généralisé chez un sujet anémique, et greffé sur d'anciennes attaques qui ont laissé à leur suite une lésion organique du cœur et des valvules. — Cas assez léger sous le rapport de la maladie actuelle, mais grave quant aux suites des anciennes attaques. — Dans les premières vingt-quatre heures deux saiguées générales, une saignée locale le cinquième jour, qui ont fourni 8 palettes ou 2 livres de sang. — Sorti le onzième jour après l'entrée. — Guérison à-peu près complète de l'affection récente.

Salle des femmes, n° 10. Géné (Marie), âgée de trente-sept ans; lingère; rue Tirecharpe, 21; malade depuis vingt jours; entrée le 22 juillet 1839; sortie le 2 août suivant.

D'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique; peau blanche et fine, cheveux noirs; assez bien réglée; mère de deux enfans.

Il y a quatorze ans, elle éprouva pour la première fois un rhumatisme articulaire occupant presque toutes les grandes articulations, qui la retint pendant six semaines au lit, et à la suite, elle ne put, pendant deux ans, dit-elle, se servir de ses bras.

Il y a deux ans, elle essuya une autre attaque de rhumatisme occupant particulièrement les articulations des pieds, avec des douleurs vives dans le ventre; elle a gardé le lit pendant cinq mois, et dit avoir été traitée par les frictions mercurielles.

A la suite de la première attaque, elle est restée sujette aux palpitations et à l'essoufflement.

Il y a vingt jours, il est survenu de nouvelles douleurs qui ont envahi successivement les articulations des doigts, des poignets, de l'épaule droite et la partie postérieure du cou, avec gêne dans les mouvemens de rotation de la tête; depuis huit jours seulement, le genou gauche s'est pris.

La malade a gardé le lit depuis le début. Un médecin ap-

pelé le huitième jour, fit appliquer quinze sangsues à l'épaule et un vésicatoire deux jours après.

État au moment de l'entrée. Persistance des douleurs dans la plupart des articulations indiquées; peau sudorale; pouls à 96, assez fort, malgré la pâleur du visage.

Une saignée de 3 palettes.

23 *juillet.* Un peu de soulagement du côté des douleurs articulaires; pouls à 120, assez développé, eu égard à la faiblesse et à l'état sub-anémique du sujet; peau sudorale, avec sudamina clair-semés dans les régions sous-claviculaires et inguinales.

Battemens du cœur brusques, forts; bruits valvulaires secs, bien frappés, sensiblement parcheminés avec un léger souffle un peu râpeux vers l'orifice aortique au premier temps.

Bruit de diable bien prononcé dans les artères carotides et sous-clavières droites, et effacement des veines sous-cutanées.

Caillot de la saignée fortement rétracté en forme de champignon, recouvert d'une très belle couenne, analogue à une peau de chamois, de trois lignes d'épaisseur sur ses bords et dont la couche supérieure formée par une matière amorphe, analogue à de la glu; le caillot lui-même est d'une consistance moyenne et flotte au milieu d'une abondante sérosité.

Saignée de 2 palettes et demie; cataplasme sur les articulations douloureuses; guimauve, bourrache trois pots; deux pilules d'un grain de poudre de digitale et deux grains de thridace chacune; diète.

24. La malade se sent soulagée; les douleurs articulaires bien diminuées; sueurs modérées; pouls à 100-104.

Bruits du cœur comme la veille, et ses battemens un peu moins forts.

Caillot de la saignée fortement rétracté, à bords renversés en cupule, nageant au milieu d'une quantité très considérable de sérosité. La couenne qui le recouvre est élastique, d'une résistance réellement extraordinaire et d'une densité de peau de chamois; séparée du caillot, son épaisseur est telle, que

la lumière la traverse difficilement (cette épaisseur est d'une ligne et demie environ).

Vésicatoire volant sur l'épaule droite; cataplasmes sur les articulations douloureuses; bandage compressif sur la main et le poignet du côté droit; le reste ut suprà, moins la saignée.

25. L'amélioration se soutient; peau d'une chaleur assez douce, moite; pouls à 100.

Un demi-grain de chlorhydrate de morphine sur le vésicatoire; compresses aluminées et compression ut suprà.

26. Le bras droit et le pouce se dégagent de plus en plus, mais le genou gauche est encore le siège d'un gonflement considérable, qui s'étend aux parties voisines de la jambe et de la cuisse, sans fluctuation, affectant à-la-fois les parties molles et les parties dures de l'articulation, sans rougeur notable de la peau (au niveau du milieu de la rotule, la circonférence du genou gauche est de 11 pouces 9 lignes, tandis que celle du genou droit n'est que de 10 pouces 4 lignes; à deux pouces au-dessus de la rotule, la circonférence de la cuisse gauche est de 11 pouces 9 lignes, tandis que celle de la cuisse droite, au même point, n'est que de 10 pouces 4 lignes; à un pouce et demi au-dessous de la rotule, la circonférence de la jambe gauche est de 10 pouces 3 lignes, tandis que celle de la jambe droite, au même niveau, n'est que de 9 pouces 3 à 4 lignes); chaleur modérée et moiteur; pouls à 108.

Les bruits du cœur âpres, un peu rudes, avec persistance du souffle léger au premier temps, vers la région de l'orifice aortique et de l'aorte sous-sternale.

Ventouses scarifiées 2 palettes et cataplasme autour du genou gauche; sécher le vésicatoire de l'épaule droite; le reste, ut suprà.

27. La malade fléchit un peu plus facilement le genou gauche, lequel est un peu détendu ainsi que les parties voisines; de telle sorte que la circonférence qui était hier de 11 pouces 9 lignes, est réduite aujourd'hui à 11 pouces; peau moite, d'une chaleur modérée; pouls à 96.

Les rondelles des ventouses sont glutineuses, fermes, résistantes, difficiles à écraser et ne laissent presque aucune

trace de matière colorante sur la main qui les presse; quelques-unes sont recouvertes de couenne.

Large vésicatoire autour du genou gauche; le reste, idem.

28 et 29. La malade va de mieux en mieux, et se remue bien plus facilement; il reste cependant toujours de l'engorgement au genou gauche; peau de chaleur très modérée et cessation des sueurs; pouls à 96-100.

Dans la région de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, on entend un claquement valvulaire, sec, un peu rude, mais bien frappé, tandis qu'en tirant vers l'aorte sous-sternale, on entend un souffle presque continu tendant à devenir sibilant, et qui se prononce de plus en plus à mesure qu'on approche des sous-clavières et des carotides, où il prend tout-à-fait le caractère de bruit de diable.

Une tasse de bouillon coupé en deux fois.

30. Les mouvemens deviennent de plus en plus libres dans le membre supérieur gauche, en même temps que les articulations se *détuméfient* de plus en plus; à-peu-près même état du genou gauche; pouls à 80-84.

Deux cautères sur les parties latérales du genou gauche; le reste, idem.

31. Peu de changement.

Deux pilules de 2 grains chacune de thridace et de poudre de digitale; un bouillon; une soupe.

1er *août.* Pouls à 80-84; nulle douleur si ce n'est au genou gauche.

Un huitième d'alimens.

2. Sur sa demande, le malade reçoit son *exeat.*

A part l'engorgement du genou gauche qui n'était pas encore dissipé, il ne restait plus rien de l'affection rhumatismale articulaire pour laquelle la malade vint à l'hôpital.

SECOND GROUPE. — *Cinq cas de rhumatisme articulaire aigu non généralisé, partiel.*

§ Ier. *Quelques remarques préliminaires.*

Ce groupe est bien moins nombreux que le précédent, et il l'est trop peu pour servir de matière à un résumé général, tel

que celui dont nous avons fait précéder la relation des cas du premier groupe. Nous nous bornerons aux remarques suivantes :

I. Dans les cinq cas de ce groupe, le rhumatisme partiel a eu pour siège les genoux. Le troisième de ces cas (observ. CXVI) n'est ici que pour mémoire, attendu que la maladie, qui datait de cinq semaines à l'entrée, était à-peu-près complètement terminée à cette époque, et n'a réclamé aucun moyen *actif* (1). Nous le laisserons désormais de côté. Mais il concourt à prouver, avec les quatre autres, qu'entre toutes les articulations de grand ou de moyen volume, le genou est celle pour laquelle le rhumatisme articulaire partiel affecte la plus fâcheuse préférence.

II. Dans les deux premiers des quatre cas qui nous restent à examiner, nous avons été assez heureux pour guérir rapidement la maladie. Il n'en a pas été de même pour les deux derniers cas dans lesquels l'affection articulaire s'est terminée par ankylose. D'où vient cette différence? De plusieurs causes parmi lesquelles nous signalerons les suivantes :

1° Chez les deux premiers malades, nous avons commencé à traiter l'inflammation rhumatismale lorsqu'elle ne datait encore que de quelques jours (2 jours dans un cas, 6 jours et 3 surtout dans l'autre cas). Chez les deux seconds malades, l'affection comptait déjà douze jours au moment de l'entrée. Or, comme nous croyons l'avoir démontré, jusqu'à la dernière évidence, toutes choses d'ailleurs égales, la maladie devait céder plus facilement dans les deux premiers cas que dans les deux seconds. Au reste, ainsi que nous allons le voir, d'autres circonstances aggravantes se rencontraient dans les deux cas rebelles.

(1) Ce n'est pas pour grossir l'ouvrage assurément que nous avons rapporté ce cas et quelques autres du même genre; mais les lecteurs ne doivent pas oublier que nous tenons à rapporter *tous* les cas admis dans notre service depuis la publication du tome troisième de notre *Clinique médicale*, où nous avions résumé les autres faits jusque-là recueillis par nous. En procédant ainsi, nous nous mettons à l'abri du reproche de n'avoir point rapporté les cas qui auraient pu n'être pas favorables à nos doctrines. Cette précaution était de rigueur, nous le savons.

2° Chez les deux derniers malades de ce groupe, l'inflammation rhumatismale du genou a été compliquée d'une phlébite des veines principales du membre correspondant, laquelle phlébite existait au moment de l'entrée dans un cas, et ne s'est développée que six ou sept jours après l'entrée dans le second cas. Cette complication manquait dans les deux autres cas.

3° Dans un des cas terminés par ankylose (observ. CXVIII), l'état anémique du sujet d'une part, et l'époque avancée de la maladie d'autre part, nous empêchèrent, un peu à tort peut-être, d'insister sur les émissions sanguines (une seule application de ventouses scarifiées fut pratiquée à la dose de 3 palettes). Dans l'autre cas (observ. CXVII), cinq saignées générales et locales furent pratiquées en trois jours, bien que le sujet fût une femme d'un tempérament lymphatique et d'une constitution assez délicate. Peut-être une ou deux nouvelles saignées locales eussent-elles donné en quelque sorte le coup de grâce à la maladie, que les premières émissions sanguines avaient considérablement amendée. Mais encore ici la constitution peu vigoureuse du sujet et la longue durée de la maladie au moment de l'entrée, nous décidèrent à ne pas pousser plus loin les émissions sanguines. Ajoutons d'ailleurs que dans ce dernier cas, sans l'emploi énergique des émissions sanguines, il est infiniment probable que le résultat final de la maladie eût été funeste, ou que du moins la terminaison de la tumeur blanche par un solide ankylose n'eût pas été obtenue, et qu'il eût fallu recourir à l'amputation du membre, comme il est arrivé dans un autre cas analogue à celui-ci, et dont le douloureux souvenir ne s'effacera jamais de notre mémoire.

III. Chez les deux sujets qui guérirent promptement, il en est un dont la maladie ne résista que très médiocrement (observ. CXV); mais elle fut, en quelque sorte, attaquée à son état naissant. L'affection de l'autre malade fit beaucoup plus de résistance. Bien que la malade (c'était une cuisinière de vingt-quatre ans) fût d'une constitution lymphatique assez prononcée, je persistai pendant quatre jours consécutifs sur l'emploi des émissions sanguines locales (une saignée générale fut aussi pratiquée dès le jour de l'entrée). Il ne fallut rien moins que

cette persévérance dans les émissions sanguines, secondées ensuite par les vésicatoires, pour triompher de l'intensité et de l'opiniâtreté de la maladie. J'avoue que je fus encouragé dans cette pratique par le souvenir des cas où pour n'avoir pas été appliquée avec toute l'énergie convenable, et surtout *assez à temps,* une affection semblable à celle de cette femme s'était terminée par tumeur blanche, ankylose, etc. (j'avais alors recueilli, entre autres cas de ce genre, les deux premiers cas de ce groupe, qui constituent un des termes de la comparaison dont nous nous occupons).

Telles sont, en définitive, les causes principales qui, si je ne me trompe, rendent raison de la différence signalée plu haut.

IV. Quoi qu'il en soit, trois au moins des quatre cas auxquels nous consacrons ces remarques, prouvent bien que, comme nous l'avons dit précédemment, en cela d'accord avec Stoll, Dance, etc., tout étant égal d'ailleurs, le rhumatisme articulaire partiel est plus opiniâtre, plus rebelle, plus *inamovible*, pour me servir d'une expression de Dance, que le rhumatisme articulaire généralisé ou disséminé.

V. Dans aucun des quatre cas que nous étudions, il n'a existé de coïncidence notable d'endocardite ou de péricardite. Ils viennent donc confirmer un des articles de la loi que nous avons formulée dans ce *traité*, savoir que pour le *rhumatisme articulaire non généralisé, la non-coïncidence d'une endocardite ou d'une péricardite est la règle, et la coïncidence, l'exception.*

VI. Dans deux de ces cas, où l'inflammation rhumatismale du genou a pour ainsi dire marché à l'instar d'une phlegmasie phlegmoneuse, il y a eu coïncidence ou, si l'on aime mieux, complication de cette phlébite que, dans un autre endroit de cet ouvrage, j'ai mise au nombre des accompagnemens locaux du rhumatisme articulaire. Dira-t-on que, dans ces deux cas, l'inflammation articulaire n'était pas un rhumatisme? On peut dire tout ce qu'on voudra, mais nier n'est pas prouver. Ce qu'il y a de certain, c'est que : 1° dans les deux cas dont il s'agit, la maladie s'est déclarée sans l'intervention d'aucune cause traumatique, et sous l'influence du froid, d'a-

près la déclaration plus ou moins explicite des malades; 2° qu'avant de se *fixer* sur un genou, l'affection, dans l'un de ces deux cas, avait occupé d'autres articulations. Qu'on n'oublie pas, du reste, que l'objection à laquelle nous répondons a été soulevée, dans ces derniers temps, par ceux qui révoquent en doute la nature inflammatoire du rhumatisme articulaire bien caractérisé, dans l'unique but de contester le caractère rhumatismal de certaines affections auxquelles des observateurs avaient reconnu ce caractère et qui s'étaient terminées par suppuration. Or, les faits que renferme ce *traité* ont, je ne crains pas de le dire, ruiné de fond en comble le système dans l'intérêt duquel on avait présenté l'objection ci-dessus indiquée.

§ II. *Relation de cinq cas de rhumatisme articulaire partiel.*

OBSERVATION CXIV. — **Rhumatisme articulaire aigu fébrile, localisé sur le genou droit, avec épanchement considérable.—Rien de bien notable au cœur. —Cas grave. — En quatre jours cinq saignées, générale (1) et locales (4) qui ont fourni 15 palettes et demie ou 3 livres 14 onces de sang. — Convalescence commençante du douzième au treizième jour.**

Salle sainte-madeleine, n° 4. La nommée Joséphine Cierge, âgée de vingt-quatre ans, cuisinière, demeurant rue Mouffetard, 201; née à Clermont (Puy-de-Dôme); malade depuis six jours, alitée depuis trois; entrée le 4 janvier 1840; sortie le 13 février 1840.

Constitution moyenne, un peu lymphatique; peau fine, blanche; cheveux châtains; réglée à dix-sept ans; depuis, menstruée tous les mois régulièrement pendant quatre ou cinq jours (il y a huit jours que les dernières règles se sont terminées); santé habituellement bonne.

Malade depuis six jours, elle a commencé par éprouver un peu de douleurs dans les articulations des coudes; le second jour, il lui est survenu de la douleur dans le genou droit, qui s'est en même temps gonflé; la douleur des coudes a disparu; point de douleurs dans d'autres articulations.

Il y a trois jours que la malade garde le lit.

Elle ne sait à quoi attribuer sa maladie; il lui arrive quelquefois de s'exposer au froid, après avoir eu chaud.

Le deuxième jour de sa maladie, on lui a appliqué dix sangsues sur le genou malade et des cataplasmes de farine de graine de lin.

Etat que présente la malade à son entrée à l'hôpital.

Le genou droit est très gonflé; la peau de cette partie offre une légère teinte rose; il est douloureux, et on y distingue de la fluctuation; sa circonférence est de 0,405$^{m.}$ (14 pouces 10 lignes), celle du genou opposé étant de 0,345$^{m.}$ (12 pouces 8 lignes); la malade est obligée de tenir la jambe dans un état de demi-flexion.

Pouls à 96, médiocrement développé.

Saig. 4 palettes; ventouses scarifiées sur le genou droit 3 palettes.

5 *janvier.* La malade se sent un peu soulagée; le genou est moins douloureux; aucune autre articulation n'est le siége de douleurs ni de gonflement.

Circonférence du genou droit comme la veille, 0,405$^{m.}$; fluctuation très considérable sur les côtés du genou; la rotule est fortement soulevée, et vers la partie supérieure de cet os, il existe une fluctuation très évidente; pas de changement de couleur à la peau; la douleur, quoique moindre, persiste dans les environs du genou; la chaleur de la peau est un peu augmentée.

État sudoral de la peau, surtout au visage; pouls à 96, mou; résonnance dans toute l'étendue de la région précordiale; bruits du cœur secs, rudes, sans souffle, ni râpement; soif vive, anorexie; urines faciles.

Le caillot de la saignée en partie rétracté, en partie adhérent aux parois du vase, recouvert d'une couenne un peu renversée sur ses bords, de trois à quatre millimètres d'épaisseur; sérosité citrine.

Sérosité des ventouses non colorée par le sang; plusieurs rondelles recouvertes d'une couenne bien formée, fermes, bien séparées.

Vent. scarif. sur le genou droit 3 pal.; cat.

Viol., bourr. s. gom. 3 p.; julep diacodé, 30 *grammes; diète.*

6. Le genou est encore douloureux; la peau de cette partie

est fortement tendue ; quelques rameaux veineux se dessinent au pourtour de l'articulation, qui est toujours le siège d'une fluctuation manifeste ; jambe à demi fléchie sur la cuisse ; circonférence du genou 0,41$^{m.}$, celle du genou gauche restant de 0,34$^{m.}$.

La chaleur de la peau n'est pas beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire.

Les autres articulations sont saines ; pouls à 96, faible ; rien au cœur ; pas de souffle continu dans les artères du cou, la malade étant couchée.

Sérosité des ventouses légèrement rougie ; rondelles prises en une masse formant caillot, glutineuses, fermes, avec quelques traces de couenne mince ; on peut remuer et presser les rondelles, sans que la main en soit rougie.

Vent. scarif. sur le genou droit 3 pal.; viol., bourr. s. gom. 3 p.; julep diacodé, 30 grammes; diète.

7. La malade se trouve de mieux en mieux : le genou est moins douloureux; la rotule est toujours fortement soulevée, et la fluctuation est bien distincte; la pression de l'articulation est moins douloureuse ; le genou, quoique moins tendu, présente encore 0,405$^{m.}$ de circonférence; la peau, de chaleur à-peu-près normale ; point de rougeur, si ce n'est celle causée par les ventouses.

Pouls encore à 104-108, un peu mou et fluctuant ; rien de notable pour les bruits du cœur.

Rondelles des ventouses parfaitement formées, quelques-unes recouvertes d'une couenne analogue à celle d'une saignée, un peu retroussée sur les bords, d'une consistance telle, qu'une forte pression n'en détermine point la rupture ; on peut les toucher, les manier, sans qu'il reste de matière colorante aux doigts ; la sérosité n'est pas rougie.

Vent. scarif. 2 palettes et demie sur le genou droit; cat.; solut. sir. gom. 2 p.; viol., bourr. 1 p.; julep diacodé, 30 grammes; diète.

8. Le genou est beaucoup moins douloureux, et la malade le remue plus facilement; la fluctuation moins prononcée latéralement, est très prononcée vers le haut de la rotule, qui, par sa partie inférieure, est appliquée contre la surface arti-

culaire du tibia ; la pression ne cause pas de douleur notable ; circonférence du genou droit 0,395$^{m.}$.

Chaleur de la peau normale.

Pouls à 104; battemens du cœur forts ; bruits secs, bien frappés, sans souffle.

Rondelles des ventouses recouvertes d'une couenne épaisse, de forte consistance : sur quelques rondelles, la couenne a jusqu'à trois millimètres d'épaisseur ; la sérosité est limpide, non rougie.

Vésicatoire de seize à dix-sept centimètres de diamètre sur la partie antérieure et latérale du genou droit ; mêmes boissons; julep; diète.

9. Le vésicatoire a bien pris, et a fait souffrir la malade, mais l'articulation elle-même n'est pas douloureuse, et le genou paraît avoir un peu diminué de volume ; les urines ont été rendues une fois avec un peu de douleur ; bruits du cœur bien normaux ; pouls à 104-108.

La malade accuse un peu de faiblesse.

Même prescription; sécher le vésicatoire.

10. La malade continue à se bien trouver : elle ne se plaint plus de son genou, dont le volume reste encore considérable ; bon sommeil.

Pouls à 96 ; chaleur modérée de la peau.

Ut suprà ; diète.

12. La douleur du genou a encore diminué, ainsi que la fluctuation ; la malade peut allonger facilement le membre ; la diminution du volume de l'articulation est des plus évidentes.

13. Circonférence du genou droit 0,395^{m} (14 pouces 6 lignes) ; pouls à 92-96; bruits de cœur clairs, normaux.

Vésicat. de 7 à 8 centimètres de diamètre de chaque côté du genou droit ; diète.

14. Les vésicatoires ont très bien pris (pas de dysurie).

Peau de chaleur douce, moite ; pouls à 96 ; un peu d'appétit.

Souffle *chlorotique* bien marqué au premier temps du cœur.

Guim. s. gom. 2 *p.; julep. sir. diacode* 30 *grammes;*

1 *bouillon coupé ; pruneaux ; sécher les vésicatoires.*

15. *Vésicatoire à la partie ant. du genou droit, de* 15 *à* 16 *centim. de diamètre.*

17 janvier. Pouls à 88 ; chaleur de la peau normale.

Bruits du cœur bien purs.

Convalescence commençante.

Soupe aux herbes ; 2 *bouillons ; pruneaux ; bandage compressif autour du genou.*

18. Circonférence du genou droit 040m.

Bandage compressif.

19. Circonférence de l'articulation malade 038m (14 pouces). La rotule n'est plus soulevée ; elle est appliquée sur les surfaces articulaires du fémur ; pas de douleurs ; pouls à 80.

Un huitième ; œuf ; continuer la compression.

23. Circonférence du genou 0,365m ; pas de douleur ; la fluctuation a disparu.

Pouls à 80 ; bruits du cœur purs.

Idem ; quart ; côtelette.

1er *février.* Circonférence du genou droit 0,345, celle du genou gauche étant de 0,33m. Les mouvemens de flexion et d'extension sont assez libres.

4. Les mouvemens du genou ont recouvré à -peu-près toute leur liberté.

Pouls à 68 ; les deux bruits du cœur bien frappés, purs.

Le visage se colore sensiblement.

Demie, côtelette ; continuer la compression.

6. Quelques vestiges d'un bruit de diable non continu dans la carotide et la sous-clavière gauches.

Circonférence du genou droit 034.

9. A la vue, les deux genoux n'offrent aucune différence appréciable ; à la mensuration, le gauche donne 033m, le droit 034m. Les mouvemens sont faciles. La rotule joue facilement au devant des condyles du fémur et du tibia.

Guérison complète.

Demie ; côtelette ; bain entier.

11. Pour la première fois, la malade s'est levée hier et a fait le tour de la salle, éprouvant seulement un peu de

raideur dans l'articulation. Il n'en est d'ailleurs résulté aucun accident. On avait soutenu l'articulation avec un bandage compressif.

Pouls à 64; les deux bruits du cœur purs.

Pas de bruit de diable.

Le teint se colore de plus en plus.

13. On fait marcher la malade en présence des élèves, et elle s'en acquitte à merveille, sans boîter, et sans ressentir de douleurs.

Elle demande sa sortie.

OBSERVATION CXV. — Rhumatisme articulaire des genoux, avec épanchement considérable dans le droit. — Rien au cœur. — Cas moyen. — En vingt-quatre heures 2 saignées locales qui ont fourni 5 palettes ou 1 livre 4 onces de sang. — Convalescence commençante le septième jour après le commencement du traitement.

SALLE SAINT-JEAN-DE-DIEU, N° 5. Le nommé Joseph Haverbecque, âgé de quarante ans, broyeur de couleurs, demeurant aux Batignolles, né à Lestren, Pas-de-Calais; malade depuis trois semaines; entré le 17 février 1840, sorti le 7 mars.

Constitution assez forte; le malade exerce sa profession de *broyeur* depuis quinze ans; il a eu déjà six fois la colique de plomb; il y a un mois qu'il l'a eue pour la dernière fois.

Depuis trois semaines, il éprouve des douleurs dans les jointures, sans aucun gonflement ni rougeur. En même temps, il se plaint de douleurs dans le bas-ventre, mais les selles sont normales; appétit diminué depuis avant-hier; il dit avoir vomi ce jour-là un peu de bouillon qu'il avait pris, et de la bile.

18 *février*. Même état.

Bouillon de veau aux herbes; till. orang. édulc.; un quart; pruneaux.

21. Depuis hier, sans cause connue, le *genou droit est devenu très douloureux, et a beaucoup augmenté de volume, surtout au-dessus et sur les côtés de la rotule,* où l'on sent une fluctuation distincte; le genou gauche est à peine douloureux.

La circonférence du genou droit est de 038^{m}, au niveau du bord supérieur de la rotule; la circonférence du genou gauche, au même niveau, n'est que de 033^{m}.

Pouls à 76.

Vent. scarif. genou droit 3 pal., catapl.; inf. guim., bourr. sir. gom. 2 p.; 2 pilules ext. gom. opium 5$^{centigr.}$; *diète.*

22. Le genou est moins douloureux; il est toujours gonflé, et l'on y sent toujours de la fluctuation; aucune autre articulation ne s'est prise; pouls à 76-80.

Rondelles des ventouses réunies en un caillot rétracté; sérosité non rougie par la matière colorante du sang; pas de traces de couenne sur les rondelles.

Vent. scarif. genou droit 2 pal., catapl.; même boisson; diète.

23. La douleur a tout-à-fait disparu; le malade exécute des mouvemens d'extension et de flexion avec le membre inférieur droit. L'épanchement subsiste encore dans l'articulation, et en pressant la rotule contre les condyles du fémur, on détermine un bruit de frottement que l'oreille perçoit à distance.

Pouls à 84.

Sérosité des ventouses limpide, non rougie; rondelles réunies en une masse glutineuse, analogue à un caillot de saignée, sans couenne.

Vésic. genou droit, de 0,12 *à* 0,15^{m} *de diamètre;* 2 *pil. ext. gom. opium* 0,025$^{gram.}$ *chaque; un bouill. coupé.*

24 Pouls à 64; l'articulation du genou droit a diminué de volume; elle n'est plus le siège d'aucune douleur.

Un potage, pruneaux.

27. La fluctuation a totalement disparu; la rotule est appliquée sur les surfaces articulaires correspondantes (circonférence du genou droit, 0,35^{m}).

Pouls à 56.

Convalescence commençante.

Bouill. de veau aux herbes; 2 *potages; un œuf; vin.*

3 *mars.* L'épanchement est complètement disparu; le genou a repris son volume normal, et l'exercice de ses mouve-

mens ; circonférence du genou gauche, 0,33m ; circonférence du genou droit, 0,335m.

Demie ; côtelette.

7. Le malade, parfaitement guéri, demande sa sortie.

OBSERVATION CXVI.— **Rhumatisme articulaire borné aux deux genoux qui se sont pris successivement. — Souffle au premier temps sans bruit de diable notable dans les carotides.**

Salle des hommes, n° 22. Seammel (Jean), vingt-trois ans; carossier, rue Saint-Germain-l'Auxerrois, 63 ; malade depuis cinq semaines environ ; entré le 2 avril 1839, sorti le 13 du même mois.

D'une constitution de force moyenne, d'un tempérament lymphatique, cheveux d'un châtain clair, peau blanche et fine.

Il y a à-peu-près deux mois, étant alors à Londres, il éprouva des douleurs dans le genou droit, avec gonflement et très grande difficulté dans la marche (huit sangsues sur l'articulation, cataplasmes et vésicatoire ensuite); huit jours après la guérison de ce genou, le gauche se prit à son tour, mais le malade pouvait encore marcher. Cette récidive ne datait que de quatre jours, lorsque le malade entreprit le voyage de Londres à Paris (pendant la traversée, les douleurs du genou ont un peu augmenté, et étaient accompagnées de gonflement).

Depuis quatre jours qu'il est à Paris, il a pu marcher quoique avec gêne, et c'est le genou droit qui est spécialement douloureux.

Etat le jour de l'entrée (2 *avril*). Le genou droit toujours un peu douloureux paraît un peu plus volumineux que le gauche ; cette douleur ne s'oppose pas aux mouvemens ; visage pâle ; pouls à 60 ; médiocrement développé ; peau fraîche.

L'étendue de la matité de la région du cœur sensiblement normale ; le premier bruit est accompagné d'un souffle bien marqué sans bruit de diable dans les carotides.

3. Même état.

Infusion de tilleul et de bourrache miellée ; un bain ; le quart d'alimens.

4. La douleur des genoux est à-peu-près nulle, constipation depuis trois ou quatre jours.

Bouillon aux herbes, huile de ricin 2 onces; lavement simple; le quart; pruneaux.

Les jours suivans, le malade va bien, et il demande sa sortie le 13.

OBSERVATION CXVII. — Rhumatisme articulaire aigu partiel, avec fièvre, développé chez une femme chloro-anémique. — Rien au cœur. — Plus tard, phlébite avec infiltration du membre dont la principale veine est enflammée. — Cas grave. — En trois jours cinq saignées, générales (2) et locales (3) qui ont fourni 15 palettes et demie ou 3 livres 14 onces de sang. — Résistance de la maladie. — Tumeur blanche rhumatismale du genou gauche guérie par ankylose avec un peu d'atrophie.

Salle sainte-madeleine, n° 10. La nommée Thérèse Girardin, âgée de trente ans; cuisinière; demeurant passage des Petites-Écuries, 18; malade depuis douze jours; entrée le 29 juin 1838; sortie le 6 décembre 1838.

Constitution un peu délicate; tempérament lymphatique; cheveux noirs; peau fine et blanche; à Paris depuis un an; réglée à dix-neuf ans; elle a eu un enfant il y a neuf mois; habituellement bien réglée; ses règles sont venues, pour la dernière fois, il y a cinq jours, n'ont duré que deux jours et demi, et ont été moins abondantes qu'à l'ordinaire; santé habituellement bonne.

Elle lave souvent du linge et est exposée ainsi à des alternatives fréquentes de chaud et de froid.

Il y a actuellement douze jours, qu'elle a commencé à ressentir, pour la première fois, une assez vive douleur dans l'articulation du pied droit, douleur qui rendait la marche difficile; la malade n'a d'abord employé qu'un liniment calmant pour frictionner la partie douloureuse, liniment qui a fait disparaître la douleur; trois jours après, s'étant occupée de nouveau de lavage, elle ressentit une douleur dans le genou droit : cette douleur a disparu également au bout de trois jours; le jour suivant, la malade allait assez bien, vaquait à ses occupations, quoique éprouvant une légère douleur dans l'épaule gauche.

Hier au matin, 28 juin, elle ressentit une très vive dou-

leur dans le genou gauche, qui devint rouge et gonflé; la marche était impossible; la douleur devint bientôt lancinante et éclipsa complètement celle de l'épaule; toutes les autres articulations étaient libres; pas de toux; pas de douleurs dans les côtés; anorexie; soif vive; pas de nausées; constipation depuis six jours.

Outre une saignée qu'on lui a pratiquée hier au matin, la malade a fait une application de douze sangsues sur son genou gauche; diète absolue depuis cinq jours.

Etat de la malade à l'entrée.

Figure un peu animée; teinte jaune de l'ovale inférieur; langue humide, blanchâtre; soif vive, un peu d'appétit.

Le genou gauche est gonflé, rouge et douloureux; sa circonférence est de 13 pouces 5 lignes, tandis que celle du droit est de 12 pouces seulement.

Pouls à 108, médiocrement développé, assez résistant.

Impulsion du cœur normale; bruits normaux.

Résonnance et respiration bonnes partout.

Saig. 4 pal.; vent. scarif. sur le genou gauche 3 pal.

30 *juin.* Un peu de diminution de la douleur du genou; cette articulation est toujours gonflée; la rotule est soulevée; cependant, il y a peu de fluctuation au-dessous et autour de cet os; la pression est douloureuse; pas de rougeur notable de la peau dans cette région; la circonférence est la même (13 pouces 5 lignes).

Peau du reste du corps chaude, moite; température abdominale à 36 degrés centigrades.

Pouls à 108, souple, assez développé, eu égard à la maigreur du sujet et à sa pâleur.

Bruits du cœur purs, sans souffle notable; bruit de diable continu dans les sous-clavières gauche et droite.

Caillot recouvert d'une couenne épaisse, ferme, renversée sur ses bords; sérosité abondante, bien claire.

Rondelles réunies en une seule masse, semblable au caillot d'une saignée.

Saig. 3 pal.; vent. scarif. sur le genou gauche 2 à 3 pal.; catapl. laud.; guim., bourr. s. gom. 2 p.; lim. cit. 2 p.; diète.

1er *juillet.* Le genou est moins douloureux; sa circonfé-

rence a un peu diminué : elle n'est plus que de 13 pouces 2 lignes ; insomnie ; beaucoup de sueur la nuit.

Pouls à 92, assez dur, médiocrement développé.

Les deux bruits du cœur sont clairs et sans souffle.

Sang de la saignée tout-à-fait semblable à celui de la veille, pour la couenne et la sérosité.

Rondelles des ventouses réunies en un seul caillot glutineux ; sérosité médiocre.

30 *sangsues sur le genou gauche; cat.; mêmes boissons; diète.*

2. Elle s'est sentie soulagée après les sangsues, mais la douleur est revenue ensuite; chaleur de la peau un peu diminuée.

Le genou est encore gonflé, tendu; la rotule est soulevée; cependant, la fluctuation a disparu sur le côté interne du genou : circonférence 13 pouces 1 ligne.

Pouls à 92.

Vésicatoire sur le genou gauche; lav.; diète.

3. Le vésicatoire n'a pas été appliqué; le genou est toujours tendu, gonflé, un peu moins douloureux; chaleur modérée de la peau ; un peu de moiteur.

Pouls à 92-96 ; beau bruit de diable dans les carotides.

Vésicat. sur le genou gauche; diète.

4. Le genou moins douloureux, moins tendu.

Peau de chaleur douce, moite ; pouls à 92-96.

Un bouillon coupé.

5. Hier, en changeant la malade de lit, la jambe restant pendante, elle a éprouvé une violente douleur, et ensuite une fièvre assez forte ; pas de douleur dans l'état de repos de l'articulation, qui est sensiblement dégonflée ; toute la jambe est douloureuse et beaucoup plus volumineuse que l'autre : circonférence du mollet gauche, 11 pouces 6 lignes ; circonférence du mollet droit 10 pouces 8 lignes ; état sudoral général ; pouls à 84.

Cat. sur la jambe gauche; 1 *bouil., gelée de groseilles.*

6. La malade va de mieux en mieux ; elle a pu exercer de légers mouvemens avec l'articulation malade ; chaleur moindre de la peau ; moiteur.

Pouls à 84; le genou et la jambe sont un peu moins tendus que la veille.

2 *bouillons; pansement du vésicat. avec chlor. hyd. morphine un demi-grain.*

8. Chaleur modérée de la peau; presque pas de sueur; la jambe un peu plus douloureuse depuis la soirée d'hier, qui a été pluvieuse, ainsi que la nuit.

Pouls à 84.

Même pansement; 1 *bouillon,* 1 *soupe maigre et* 1 *grasse.*

9. Pouls à 84.

Chaleur modérée de la peau; persistance de l'enflure de la jambe, qui s'est étendue jusqu'à la partie supérieure de la cuisse; la peau est luisante et demi transparente.

Cat. extrait de saturne; 2 *bouil.;* 2 *potag.; lait.*

11. La cuisse et la jambe gauches sont moins tendues et moins gonflées; cependant, tout le membre présente le même état que dans la *phlegmasia alba dolens;* la peau conserve l'impression du doigt.

Pouls à 80.

Un huitième; côtelette.

14. *Sécher le vésicatoire.*

17. Le pied et l'extrémité inférieure de la jambe sont sensiblement dégonflés; une épistaxis peu considérable.

Pouls à 80-84.

19. Depuis plusieurs jours, des eschares se sont formées au sacrum, par suite du décubitus continuel sur le dos.

Pouls à 84; chaleur normale.

Circonférence du genou gauche, 13 pouces 1 ligne.

Circonférence du mollet gauche, 11 pouces 1 ligne.

Pansement des eschares avec du quinquina pulvérisé; un huitième.

22. Pouls à 76-80; elle a bien supporté un bain qu'elle a pris hier, pendant une heure.

Chaleur normale; expression du visage bonne.

Bandage compressif.—Quart; côtelette.

26. Le genou gauche reste gonflé, offrant partout une forme ronde, qui contraste avec les saillies et les enfon-

cemens de l'autre genou ; on sent battre, sur les parties latérales du genou gauche, des artères volumineuses, tandis que sur le genou droit, on ne sent battre aucune artère.

Cette hypertrophie du genou réside surtout dans la portion osseuse; il n'y a plus aucun signe d'épanchement dans l'articulation.

Circonférence du genou gauche, 12 pouces 11 lignes.

Circonférence du mollet gauche, 11 pouces 1 ligne.

27. Même état.

Un vésicat. de chaque côté du genou gauche.

3 *août.* Le pied et la jambe à-peu-près complètement désinfiltrés; genou gros et douloureux.

Pouls à 72; chaleur normale.

Eau de Seltz; lim. cit.; quart d'alimens.

20. *Deux cautères, un de chaque côté du genou.*

Du 20 août au 11 septembre, la malade reste à-peu-près dans le même état, et mange la demie.

2 *septembre. Deux moxas à la partie interne et externe du genou.*

18. Pas d'amélioration notable.

Deux nouveaux moxas ; demie.

21. La douleur est moins forte. Les mouvemens sont plus libres.

1er *octobre.* Le genou va de mieux en mieux depuis l'application des derniers moxas. Les eschares sont tombées. les plaies suppurent bien.

Avant-hier, les règles de la malade sont venues, et elles coulent encore aujourd'hui : le sang est pâle.

Demie.

2. Les règles continuent.

Le genou va bien; la rotule fait une forte saillie ; les mouvemens de l'articulation sont extrêmement limités; la douleur a disparu.

Demie.

4. Les règles ont cessé hier.

Les mouvemens du genou sont extrêmement bornés ou même tout-à-fait nuls.

24. La malade va bien ; elle peut s'appuyer sur sa jambe,

mais elle éprouve de temps en temps des douleurs assez fortes dans l'articulation et autour du genou.

Du reste pas de fièvre; appétit fort bon; sommeil normal.

Frict. avec ext. belladone ℥ j; *demie d'alim.*

26. Les douleurs diminuent; la malade s'appuie très bien sur la jambe gauche, mais les mouvemens du genou sont tout-à-fait perdus.

L'état de la malade continue à être très satisfaisant, pendant tout le mois de novembre; elle marche sans béquilles et assez facilement. — Elle mange la demie.

6 *décembre.* L'articulation fémoro-tibiale gauche exécute des mouvemens de flexion et d'extension extrêmement bornés; c'est plutôt une sorte de mouvement de masse, et sans que les surfaces articulaires changent sensiblement de rapport. Cependant, par des mouvemens de va et vient transversaux, on déplace la rotule dans ce sens.

Le volume du genou gauche a considérablement diminué. Tandis que la circonférence du genou droit est de 12 pouces, celle du genou gauche, qui était de 13 pouces 5 lignes à l'entrée, est actuellement de 11 pouces 10 lignes seulement. Ce genou présente une forme arrondie, et l'on n'observe pas sur les côtés de la rotule les enfoncemens que présente l'articulation saine. La rotule gauche paraît plus petite à l'œil que la droite. Mesurée d'un bord à l'autre, elle a 2 pouces 2 lignes tandis que la droite à 2 pouces 4 à 5 lignes. Ainsi, les parties qui étaient le siège d'une hypertrophie évidente, sont maintenant le siège d'une disposition toute contraire.

La malade, bien qu'elle ait repris un peu d'embonpoint, est encore pâle, et l'on entend un bruit de diable intermittent dans la carotide gauche, mais bien moins fort qu'autrefois.

Les bruits du cœur, parfaitement purs, donnent la sensation d'un double claquement.

Elle demande sa sortie.

OBSERVATION CXVIII. — Inflammation rhumatismale du genou droit et des veines du membre du même côté (*phlegmasia alba dolens*). — Rien au cœur. — Cas grave. — une seule saignée locale de 3 palettes le lendemain de l'entrée. — Terminaison par lésion organique du genou (hypertrophie, tumeur blanche, puis ankylose de cette articulation).

Salle sainte-madeleine, n° 14. La nommée Thérèse Germain, âgée de trente-deux ans, domestique, demeurant rue Saint-Denis, n. 31, malade depuis douze jours; entrée le 8 décembre 1838, sortie le 9 mars 1839.

D'une constitution délicate, un peu anémique, tempérament lymphatique, cheveux blonds, réglée à quatorze ans.

Il y a douze jours, que les règles reparurent après un intervalle de deux mois. Leur éruption fut accompagnée de violentes coliques.

La malade se mit au lit, et fit venir un médecin qui la trouva, dit-elle, trop couverte. *Depuis ce moment, elle ne garda qu'une seule couverture*, *et le même jour elle sentit,* dit-elle encore, *un peu de froid; le genou droit, qui avait été un moment découvert et soumis à l'impression du froid, devint le siège de vives douleurs et se gonfla.* Le gonflement s'étendit peu-à-peu jusqu'à l'aine; mais il ne dépassa pas le genou en bas. Depuis lors, la malade est restée dans le même état. Le moindre mouvement du membre malade exaspère la douleur. Appétit bon; soif modérée; respiration libre; insomnie à cause des douleurs au commencement de la maladie, et actuellement à cause d'une écorchure douloureuse au sacrum.

9 *décembre*. Persistance du gonflement inflammatoire de l'articulation du genou droit et de tout le membre. Cette dernière tuméfaction est principalement due à l'infiltration; la douleur est assez vive pour empêcher le sommeil; amaigrissement considérable; visage anxié; pouls à 76, petit, assez résistant.

Vent. scarif. genou droit et partie inf. cuisse 3 pal.; cat. laud.; lav. émol.; bourr., guim. s. gom. 2 p.; diète.

10. La malade s'est sentie très soulagée et a dormi bien tranquillement la nuit dernière. Elle se trouve un peu faible ce matin.

Pouls à 72, mou; la cuisse est évidemment dégonflée; la peau

moins tendue, même un peu flasque à la pression; le genou moins dégonflé proportionnellement, mais très peu douloureux; bruits du cœur parfaitement normaux.

Langue humide, un peu saburrale; un peu d'appétit; sérosité des ventouses en proportion considérable, à peine teinte de quelques gouttes de sang; rondelles bien formées, glutineuses, ce qui est d'autant plus remarquable que l'état d'anémie est plus considérable.

Vésicat. genou droit; cat. émoll. cuisse; viol., guim. s. gom. 2 p.; diète.

11. Le vésicatoire a donné lieu à une abondante exsudation séreuse; la cuisse est encore plus souple que la veille; pouls à 72.

Sécher le vésicatoire; lav. émoll.; un bouil.; lait.

12. La cuisse se dégage de plus en plus, et la malade lui imprime déjà des mouvemens assez étendus; pouls à 64; sommeil bon; chaleur modérée de la peau.

Un bouillon; soupe grasse; lait; 12 pruneaux.

13. Cuisse complètement dégonflée; genou encore un peu douloureux, assez volumineux.

14. Même état.

Vésicat. sur le genou droit; un huitième d'alimens.

15. Pas de fièvre; la jambe et la cuisse bien dégagées; le genou indolent quoique gonflé; sommeil bon; un peu de dysurie et de cuisson en urinant.

Entretenir le vésicat.; un huitième.

16. La dysurie persiste; la vessie est distendue et rend un son mat au-dessus du pubis.

Org. chiend. un pot; cat. alcool camphré hypogastre; un huitième maigre.

17. La malade a été sondée deux fois hier dans la journée; ce matin la région sus-pubienne est tout-à-fait souple; le vésicatoire du genou continue à rendre beaucoup.

Un huitième.

18. La malade commence à uriner seule; elle continue à bien aller.

Sol. sir. gom. un pot; quart; côtelette; bandage compressif.

24. Le genou droit présente un aspect sphéroïde; son volume est d'un bon tiers plus considérable que celui du genou opposé. Pas d'épanchement; mais la rotule et les extrémités articulaires sont gonflées; les parties molles qui environnent ces extrémités osseuses sont très légèrement tuméfiées; les mouvemens de la rotule accompagnés d'un craquement sourd; pas de douleurs; circonférence du genou malade, 12 pouces 3 lignes; circonférence du genou sain, 10 pouces 6 lignes.

Deux moxas genou droit, un de chaque côté; eau de seltz; quart.

Du 24 décembre au 7 février, la malade va de mieux en mieux; mais cette amélioration est lente; le volume du genou a considérablement diminué; pas de douleur dans l'état de repos; l'articulation est raide, ne peut exécuter aucun mouvement de flexion ni d'extension; la malade s'est levée le 6 février, et a pu faire quelques pas sans souffrir.

Org. chiendent; trois quarts.

9 *mars*. Le genou ne peut se fléchir; il est généralement arrondi et hypertrophié, avec développement du réseau veineux sous-cutané; la jambe est parfaitement étendue sur la cuisse, et la malade peut marcher en *fauchant;* la rotule glisse assez facilement sur les condyles du fémur, quand on lui imprime des mouvemens latéraux; pas de craquement notable; pas de douleur en marchant; la circonférence du genou droit est de 12 pouces 6 lignes; celle du genou gauche de 12 pouces.

La malade, se sentant très bien, demande sa sortie.

Seconde série. — Neuf cas de rhumatisme articulaire chronique.

§ Ier. *Quelques remarques préliminaires.*

Cette seconde série ne comprend que neuf cas.

I. Les deux derniers cas du second groupe de la première série, peuvent être considérés comme servant de transition naturelle entre les cas de rhumatisme articulaire aigu, et ceux de rhumatisme articulaire chronique. Il est même vrai de dire que mieux, peut-être, que les trois premiers cas de

cette série, ils mériteraient le titre de *chroniques*, attendu qu'ils ont entraîné à leur suite une *lésion* dite *organique* des articulations, tandis qu'il n'en a pas été ainsi dans les trois autres. Nous abandonnons aux lecteurs éclairés la solution de cette petite difficulté, ajoutant seulement que dans les trois premiers cas de cette série, nous avons noté que la maladie *tendait à l'état chronique*, sans dire précisément qu'elle fût encore décidément chronique.

II. Aucun de ces neuf cas n'a été traité dans notre service dans la véritable période d'acuité, et nous ne devons pas hésiter à déclarer que s'ils y eussent été effectivement traités en temps opportun, ils ne se seraient pas terminés d'une manière aussi fâcheuse. Huit années de succès non interrompus sont des garans suffisans de cette assertion.

III. Les cinq premiers cas de cette série déposent malheureusement en faveur de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec le rhumatisme articulaire aigu généralisé intense, et ne prouvent que trop combien sont graves les suites de cette coïncidence, quand un traitement suffisamment énergique n'en a pas fait une assez prompte justice. Dans ces cinq cas, en effet, il existait des signes non équivoques d'une *lésion organique* plus ou moins prononcée du cœur et surtout de ses valvules. S'il nous est donné de prévenir ces tristes *reliquats* d'une endocardite ou d'une endo-péricardite *négligées*, il faut en convenir avec douleur, ils sont au-dessus de toutes nos ressources lorsqu'ils sont une fois bien établis. Alors, Corvisart ne l'a dit qu'avec trop de vérité : *Hœret lateri lethalis arundo.*

IV. Les cinq dernières observations sont des exemples de terminaison du rhumatisme articulaire chronique par hypertrophie des articulations, sans préjudice de lésions plus profondes, soit des synoviales, soit des cartilages articulaires, etc. Ces cinq cas concourent donc à prouver une des propositions établies dans le cours de ce traité, savoir : que *au fond, les lésions organiques* articulaires, consécutives au rhumatisme articulaire, ne diffèrent point *essentiellement* des *lésions organiques* du cœur, consécutives au rhumatisme de cet organe. Les différences qui peuvent exister entre ces

deux espèces de lésions *chroniques-organiques,* tiennent uniquement aux différences de structure et de configuration que présentent les parties affectées dans l'un et l'autre cas.

Du reste, non moins que les lésions dont le rhumatisme du cœur et celui des articulations sont accompagnés à l'état aigu, celles qu'ils déterminent en affectant l'état chronique, démontrent, à leur manière, la nature inflammatoire de l'affection qui leur a donné naissance. Mais c'est ici le lieu de rappeler une vérité que nous avons déjà essayé de développer, il y a quinze ans, savoir : que *filles de l'inflammation, certaines lésions dites organiques peuvent survivre à leur mère,* et qu'alors elles constituent des maladies particulières dont l'étude est de la plus haute importance.

§ II. *Relation de neuf cas de rhumatisme articulaire prolongé ou chronique, avec diverses lésions organiques, soit du cœur, soit des articulations.*

OBSERVATION CXIX. — Rhumatisme articulaire généralisé, tendant à devenir chronique faute d'un traitement assez énergique, accompagné d'endocardite évidente.— Anémie consécutive et dépendant évidemment de la prolongation de la maladie. — Cas grave. — On est obligé de s'abstenir d'émissions sanguines. — Après dix-huit jours de séjour à l'hôpital, la malade sort bien guérie de l'affection articulaire, mais le cœur n'est pas complètement revenu à son état normal.

Salle sainte-madeleine, n. 4. La nommée Joséphine Onbart, âgée de vingt-six ans, blanchisseuse, demeurant à Vanves, née dans le département d'Eure-et-Loir; malade depuis deux mois; entrée le 6 mai 1839; sortie le 24 mai 1839.

Constitution actuellement chétive, tempérament lymphatique, cheveux châtains; à Paris depuis trois ans, réglée à vingt ans, après avoir éprouvé pendant quelque temps des essoufflemens et des coliques assez fortes. Depuis, toujours bien réglée, excepté dans les cinq derniers mois qui ont suivi sa seconde grossesse.

Il y a deux mois, elle a commencé à éprouver tout-à-coup, des douleurs dans les articulations des pieds, des genoux, des coudes et des épaules; ces articulations étaient gonflées, et la malade n'a pu se servir de ses membres; elle s'est immédiatement mise au lit, qu'elle a gardé pendant un mois.

Elle a été saignée une fois, et on lui a appliqué une fois vingt sangsues aux cuisses, une autre fois sept sangsues au genou gauche.

Au bout d'un mois, elle s'est levée deux ou trois heures pendant trois jours; elle a fait alors une rechute, et a gardé le lit de nouveau pendant quinze jours. Elle s'est encore levée après cette époque pendant quelques jours pour s'aliter de nouveau il y a huit jours. Les douleurs sont alors devenues beaucoup plus fortes.

On a fait une fois sur le genou des fumigations avec des bains de genièvre.

Depuis cette dernière rechute, la malade a pris chaque jour un bouillon, excepté depuis trois jours qu'elle est à la diète.

Etat à l'entrée (6 *mai au soir*).

Figure pâle; la malade se plaint surtout de la douleur du genou droit qui est sensiblement gonflé; on y distingue de la fluctuation; le pied droit est également un peu gonflé et douloureux; pas de douleurs notables dans les membres supérieurs; un peu de douleur à la partie postérieure du cou.

Pouls à 120; matité du cœur plus étendue qu'à l'état normal; le premier bruit accompagné d'un souffle râpeux, surtout au niveau de l'orifice aortique.

Résonnance et respiration bonnes en avant des deux côtés.

Pas de bruit de diable dans les carotides.

7. Pouls à 116-120; même état du cœur; chaleur de la peau à-peu-près normale.

Viol. guim. s. gom. 2 *pal.; catap. laud. artic. doulour.*

8. Le poignet droit, le coude gauche, tendus, douloureux; douleurs des articulations des membres inférieurs moins fortes.

Même état du cœur; pouls à 104-108.

La malade demande à manger.

Catapl. laud.; 2 *pil. ext. opium* 1 *gr.; un bouill.; un potage, crême de riz; pruneaux.*

9. La douleur occupe spécialement le coude gauche et le poignet du même côté: ce dernier est sensiblement gonflé.

Pouls à 96, plutôt faible que fort, médiocrement développé.

La région précordiale paraît sensiblement plus saillante que la région correspondante du côté opposé; elle marque verticalement neuf au cyrtomètre, tandis que du côté droit, on ne trouve que six dans la même direction. — La présence du sein ne permet pas de mesurer dans le sens transversal.

La pointe du cœur bat à un pouce et demi environ au-dessous du niveau du mamelon.

Matité du cœur, 3 pouces 4 lignes verticalement, 3 pouces 4 lignes transversalement.

Les battemens du cœur se font bien sentir et repoussent la main appliquée sur la région précordiale, avec une force médiocre; le souffle râpeux est très distinct; il absorbe en partie le premier bruit; son maximum d'intensité est au niveau de l'orifice aortique, d'où il se propage le long de l'aorte sous-sternale, où l'on entend seulement le second bruit, qui est très éclatant et sec; le souffle râpeux existe aussi vers l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, mais évidemment moins marqué. En auscultant la région voisine des cavités droites, on s'aperçoit que le souffle diminue et disparaît même tout-à-fait; au contraire, il se prolonge assez loin dans le voisinage de la région des cavités gauches; pas de frémissement vibratoire sensible.

Pas de bruit de diable dans les artères carotides et sous-clavières, sans pression de l'artère par le stéthoscope et la malade étant couchée; mais lorsque l'on comprime légèrement l'artère, on entend un bruit de souffle continu qui tend à devenir sibilant; bruit de diable parfaitement caractérisé dans les mêmes artères des deux côtés, lorsque la malade prend la position assise.

Cat. laud.; 1 bouill.; 1 potage; asperges; eau rougie.

10. Même état; pouls à 80-84.

Même prescription. Un huitième d'alimens.

14. Pouls à 72; même souffle dans la région des cavités gauches, disparaissant dans la région des cavités droites.

Idem.

17. Circonférence du genou gauche, douze pouces; celle du côté droit présente exactement la même dimension; tou-

jours un souffle râpeux au premier temps; les battemens du cœur sont moins forts; pouls à 84.

Chaleur de la peau normale.

Cat. laud. — Quart.

24. La malade est tout-à-fait débarrassée de son rhumatisme articulaire; mais il reste toujours un souffle râpeux au premier temps.

Elle se trouve assez bien pour demander sa sortie.

OBSERVATION CXX. — Rhumatisme articulaire aigu récidivé, tendant à l'état chronique. — Endocardite suivie de lésions organiques des valvules et d'hypertrophie du cœur. — Cas grave. — Une seule saignée de 3 palettes faite le jour de l'entrée. — L'affection articulaire se dissipe, mais l'affection du cœur persiste.

SALLE DES HOMMES, n° 4. Dimangerd, âgé de 38 ans, terrassier, rue Notre-Dame, n. 11; malade depuis un mois, entré le 28 avril 1838, sorti le 16 mai suivant.

D'une constitution forte, d'un tempérament sanguin; cheveux châtains, d'une santé habituellement bonne.

Il y a un mois, *à la suite de fatigues qui l'exposent à des alternatives de chaud et de froid* (il travaille depuis trois ans dans les souterrains d'un chemin de fer), il fut pris de douleurs rhumatismales qui occupèrent successivement les articulations des membres supérieurs et inférieurs et différentes régions du tronc. Il fut admis à l'hôpital de la Pitié, où on lui fit, dit-il, cinq saignées dans l'espace de trois jours, en même temps qu'on lui appliqua soixante sangsues sur le genou gauche. Il sortit au bout de 13 jours, éprouvant encore quelques douleurs dans les articulations, et n'étant pas encore entièrement débarrassé de l'oppression assez sensible qu'il éprouva dès le début de la maladie.

Au bout de huit jours, après avoir essayé pendant quelques jours de travailler, il fut obligé de s'aliter et de rentrer à l'hôpital, les douleurs articulaires et la gêne de la respiration ayant augmenté.

Etat au moment de l'entrée (28 *avril*). Légère voussure dans la région précordiale; étendue de la matité: 4 pouces transversalement et verticalement; l'impulsion du cœur est sensible à la main; point de frémissement vibratoire; le premier

bruit du cœur est accompagné d'un souffle qui s'entend dans toute la région précordiale, mais plus fort et plus râpeux vers l'orifice aortique que partout ailleurs; il se propage sur les parties latérales du cou, le long des carotides (point de bruit anormal dans celles-ci).

Les douleurs rhumatismales sont bornées aux genoux et aux coudes-pieds; elles rendent la marche difficile, bien qu'elles ne soient pas accompagnées de gonflement notable; pouls à 72, médiocrement développé, résistant et légèrement redoublé.

Langue bonne; appétit conservé et soif ordinaire.

Saignée de 3 *palettes.*

29. Caillot de la saignée recouvert d'une couenne un peu mince, mais bien organisée, avec flocons celluleux flottans à sa surface, entouré d'une grande quantité de sérosité pâle et verdâtre.

Respiration un peu plus libre; les genoux sont toujours douloureux, mais à peine gonflés; pouls à 56, médiocrement développé eu égard à la force du sujet; dans toute la région précordiale et au-delà, pendant le premier temps des battemens du cœur, on entend un bruit de frottement mêlé de souffle et de râpement, ayant son maximum d'intensité vers la base du cœur; le second bruit est aussi rude et un peu étouffé; impulsion du cœur assez vigoureuse, mais lente et se faisant sentir dans toute l'étendue de la matité indiquée la veille.

Urine pâle, d'une limpidité parfaite, d'odeur normale, à peine acide.

Vésicatoire quatre pouces de diamètre sur la région précordiale; cataplasmes sur les articulations; guimauve sirop de gomme 2 *pots;* 2 *bouillons; une soupe aux herbes.*

30 *avril*, 1er, 2 et 3 *mai*. Pouls de 52 à 60. Le reste à-peu-près dans le même état.

On panse le vésicatoire avec six grains de poudre de digitale.

Les jours suivans, les douleurs se dissipent complètement et on augmente graduellement la dose des alimens.

16. *Exeat.* Persistance du bruit de souffle isochrone au

premier temps des battemens du cœur, suivi d'un bruit de claquement bien caractérisé : le maximum de ce bruit occupe toujours la base du cœur vers l'orifice aortique ; pouls à 48, bien détaché, mais toujours médiocrement développé eu égard à la forte constitution du sujet, d'ailleurs parfaitement régulier.

OBSERVATION CXXI. — Rhumatisme articulaire prolongé, tendant à devenir chronique, et ayant entraîné à sa suite une lésion organique des valvules gauches, surtout de la mitrale. — Cas grave. — Une seule saignée de 3 palettes, faite le lendemain de l'entrée. — Guérison de l'affection articulaire.

Salle saint-jean-de-dieu, n° 24. Le nommé Jean-Louis Monroy, âgé de vingt-et-un ans, ébéniste, demeurant rue de Charenton, n. 92, né à Paris, malade depuis trois mois ; entré le 2 octobre 1839, sorti le 11 octobre 1839.

D'une constitution moyenne ; tempérament lymphatique ; cheveux châtains ; peau blanche, fine ; santé habituellement bonne.

Malade depuis trois mois, il a commencé par éprouver des douleurs dans les articulations des genoux, des poignets, des coudes et derrière le cou ; les jointures étaient en même temps gonflées.

Le malade est resté chez lui dans cet état pendant cinq semaines sans faire aucun traitement. Il n'a pu vaquer à ses occupations ; cependant il n'a gardé complètement le lit que pendant cinq jours, à la fin des cinq semaines, sa maladie ayant alors augmenté.

Plus tard, il est entré à la Charité dans le service de M. Fouquier, où il est resté huit jours. Il en est sorti incomplètement guéri, mais sensiblement soulagé, étant pressé d'ouvrage et ne pouvant plus long-temps, dit-il, rester *sans rien faire*. On lui a pratiqué deux saignées le lendemain, et deux autres le surlendemain de son arrivée chez M. Fouquier (chaque saignée était de 8 onces).

Il y a quinze jours, il commença à éprouver des douleurs dans les genoux, la main et le poignet gauches ; ces dernières parties ont été seules enflées (aucun traitement).

Il dit avoir eu du dévoiement pendant plusieurs jours, dévoiement qui a cessé il y a une semaine.

État du malade, le 2 octobre au soir :

Figure pâle; les articulations de la main et du poignet gauches sont gonflées, rouges, et le malade ne peut exécuter de mouvemens qu'avec beaucoup de peine; les genoux ne sont pas gonflés; un peu de douleur en dehors de la tête du péroné; pouls à 100.

Voussure de la région précordiale bien évidente; matité du cœur, 2 pouces 10 lignes verticalement et transversalement.

Les bruits du cœur sont accompagnés d'un léger souffle râpeux, court et sec; l'impulsion est forte.

Saignée de 3 palettes.

3. Le malade souffre moins depuis la saignée; peau d'une chaleur modérée, un peu moite; pouls à 76, médiocrement développé.

Persistance du râpement enroué au premier temps, vers la région de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, disparaissant à mesure qu'on s'éloigne de ce point pour être remplacé par un claquement sensiblement normal.

Caillot adhérent, recouvert d'une médiocre quantité de sérosité citrine; couenne mince, se rompant quand on soulève le caillot supportant environ le tiers de son poids.

Le coude gauche est douloureux, gonflé.

Vésicat. coude gauche 3 p. de diamètre; 2 pil. ext. opium 1 gr.; lav. émoll. guim. bourr. s. gom. 2 p.; un bouillon coupé.

4. La douleur du coude a diminué; mais le vésicatoire ayant été maintenu par un bandage trop serré, il est survenu un engorgement œdémateux dans la main et l'avant-bras.

Pouls à 76-80; chaleur normale de la peau.

Le bruit de souffle râpeux est moins fort que la veille.

2 *bouil.;* 2 *pot.; une tasse de lait.*

5. L'engorgement de l'avant-bras et de la main a disparu, pouls à 72; appétit.

Convalescence.

Un huitième d'alimens.

7. *Sécher le vésicatoire; quart.*

11. Le malade se trouve très bien et demande sa sortie. — Etat du cœur à-peu-près tel qu'à l'entrée.

OBSERVATION CXXII. — Rhumatisme articulaire chronique. — Souffle au premier temps des battemens de cœur. — Une seule saignée de 4 palettes, faite le jour de l'entrée. — Disparition des douleurs articulaires, mais persistance du souffle du cœur.

Salle des femmes, n° 14. Brard (Sophie), âgée de quarante-huit ans, cuisinière, rue de Grenelle, n. 69, malade depuis six mois; entrée le 5 novembre 1838, sortie le 3 décembre même année.

D'une constitution assez forte et d'un tempérament sanguin; d'une bonne santé habituelle.

Il y a six mois, elle a éprouvé des douleurs avec gonflement dans les genoux, les pieds, les coudes et les poignets. Elle continua cependant de vaquer à ses occupations et prit des bains de vapeur; les articulations furent aussi soumises à des fumigations *locales* émollientes; les douleurs se sont calmées par intervalle sans jamais disparaître complètement.

Au moment de l'entrée, la malade se plaignait de douleurs dans les genoux et les pieds seulement, où l'on n'observait d'ailleurs ni rougeur ni gonflement; le visage était rouge et un peu animé, mais la peau fraîche et le pouls à 72; la résonnance de la poitrine et la respiration étaient bonnes partout.

L'étendue de la matité de la région précordiale était sensiblement normale; la moitié inférieure du sternum offrait une dépression considérable, que la malade disait porter depuis son enfance; le premier bruit du cœur était accompagné d'un souffle bien distinct, surtout dans la région des cavités gauches (point de bruit de diable dans les carotides).

Saignée de 4 palettes.

6 *novembre*. Le lendemain de l'entrée, les articulations sont moins douloureuses et toujours sans rougeur ni gonflement; pouls à 72, d'un développement et d'une force moyens; les pommettes rouges, et l'ovale inférieur du visage jaune.

On constate de nouveau le bruit de souffle au premier temps.

Le caillot de la saignée sans rétraction notable, remplissant presque tout le vase, d'une bonne consistance, avec quelques traces de couenne seulement.

Bourrache, violette édulcor., et bouillon aux herbes avec sulfate de soude une demi-once.

Les jours suivans, les cataplasmes et les linimens narcotiques firent disparaître les douleurs, et le 3 décembre 1838, la malade sortit en bon état, sauf le bruit de souffle du cœur qui persistait.

OBSERVATION CXXIII.—Rhumatisme articulaire aigu, dégénéré en chronique avec endocardite devenue également chronique, faute d'un traitement assez énergique. — Cas grave. — Gonflement hypertrophique de plusieurs extrémités articulaires, etc. — Une seule saignée de 3 palettes, faite le jour de l'entrée. — Amélioration.

Salle des femmes, n° 2. X....., trente-sept ans; sans profession; malade depuis cinq mois; entrée le 23 juin 1838; sortie le 16 juillet suivant.

Constitution de force moyenne, tempérament lymphatico-sanguin; d'une santé habituellement assez bonne.

Il y a cinq mois, allaitant alors un enfant, elle fut prise de douleurs dans presque toutes les articulations, avec gonflement et rougeur. Elle fut obligée de s'aliter pendant trois semaines; au bout de ce temps, elle voulut quitter le lit, mais elle marchait avec beaucoup de peine et ne put reprendre ses occupations. Les douleurs qui n'avaient pas encore complètement disparu s'exaspéraient de temps à autre; six semaines avant son entrée à l'hôpital elle avait sevré son enfant; la veille du sevrage, ses règles apparurent, et pendant trois ou quatre jours qu'elles durèrent, les douleurs articulaires devinrent plus aiguës.

La malade n'a pas été saignée une seule fois dans le courant de son rhumatisme; elle a pris six bains ordinaires et on lui a appliqué quatre vésicatoires volans sur les membres inférieurs.

Elle *attribue sa maladie aux vicissitudes atmosphériques auxquelles elle est assez souvent exposée.*

23 juin à la visite du soir, et 24 à la visite du matin. Les

articulations des doigts des deux mains, celles du poignet droit, du genou et du gros orteil correspondant, sont enflées et douloureuses (des nodosités très prononcées existent autour du poignet et des articulations des premières et secondes phalanges de la main droite).

Pouls à 88-92, le 23, et à 84, le 24, tendu et bien développé, ce qui contraste avec l'amaigrissement et la semi-anémie du sujet; peau sudorale.

Etendue de la matité du cœur à-peu-près normale; second bruit du cœur consistant en un claquement pur, mais le premier est accompagné d'un souffle assez marqué, dont le maximum d'intensité existe dans la région de l'orifice aortique et de l'aorte sous-sternale.

Bruit de diable assez distinct et parfois sibilant dans la carotide droite; rien de notable du côté des organes respiratoires; langue humide, blanchâtre, soif normale et peu d'appétit.

Prescription du 24. *Saignée de trois palettes; julep avec six grains de digitale; violette, guimauve sirop de gomme trois pots; diète.*

25. Persistance des douleurs, surtout dans le genou droit; pouls à 104; *battemens du cœur forts, brusques, bien détachés, avec bruit de souffle très pur au premier temps.*

Caillot de la saignée entouré de beaucoup de sérosité, mais recouvert d'une couenne ferme, dense, *rhumatismale.*

Vésicatoire au genou droit; deux pilules opium, un demi-grain chacune; le reste idem.

26. Pouls à 96; genou moins douloureux.

Panser le vésicatoire avec un demi-grain d'hydrochlorate de morphine.

27, 28, 29 et 30. La malade va de mieux en mieux et les douleurs se dissipent presque entièrement; le pouls tombe à 84; le souffle du premier temps persiste et le second bruit lui-même est un peu voilé.

On sèche le vésicatoire; on donne des bouillons et des potages, et le huitième d'alimens le 30.

8 et 9 *juillet.* La malade continuait à bien aller, lorsque le 8 et 9 juillet, jours pluvieux, de nouvelles douleurs rhumatis-

males se firent sentir, surtout dans le genou et la main du côté droit; le pouls s'éleva à 112; le bruit de souffle devint plus fort que jamais, et râpeux; chaleur fébrile de la peau et tendance à l'assoupissement.

Vésicatoire au genou; deux pilules opium, un demi-grain chacune; une tasse de bouillon, une tasse de lait.

16. Une amélioration sensible s'était manifestée, lorsque la malade fut obligée de sortir le 16; voici dans quel état elle se trouvait alors: le genou droit était toujours tuméfié sans fluctuation ni aucun autre signe d'épanchement, et le gonflement résultait surtout de l'hypertrophie des extrémités articulaires (espèce particulière de tumeur blanche rhumatismale); la circonférence de ce genou était de 13 pouces 6 lignes et celle du gauche de 12 seulement; la rotule était mobile et les mouvemens d'extension et de flexion s'exerçaient sans douleurs notables; plusieurs des articulations de la première avec la seconde phalange de la main droite, conservaient les nodosités déjà indiquées, véritable hypertrophie des extrémités articulaires, qui n'empêchaient pas les mouvemens de flexion et d'extension, lesquels avaient même lieu sans douleur.

Pouls régulier, à 84, un peu étroit, mais assez vibrant; température de la peau à 34°; appétit assez bon, ainsi que la digestion; sommeil normal.

Le souffle du cœur, au premier temps, est toujours très marqué, et il n'existe pas maintenant de bruit de diable notable dans les carotides et les sous-clavières; la matité de la région précordiale est de 2 pouces et demi environ, verticalement et transversalement; l'impulsion du cœur est assez forte; il ne se manifeste de palpitations et un peu d'essoufflement, que lorsque la malade a monté.

OBSERVATION CXXIV. — Rhumatisme articulaire aigu devenu chronique faute d'un traitement assez énergique, et terminé par hypertrophie de diverses articulations. — Peu de chose au cœur.

Salle des hommes, n° 7. Chalan (Jacques), âgé de quarante-et-un ans; palfrenier des favorites; barrière Fontainebleau; malade depuis vingt-deux mois; entré le 7 mai 1839; sorti le 2 juin suivant.

D'une constitution forte et d'un tempérament sanguin-bilieux.

Il y a vingt-deux mois, il fut atteint d'un rhumatisme articulaire aigu occupant presque toutes les articulations. Il fut admis à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Biet) et y séjourna pendant trois mois.

Il fut traité par les bains de vapeur, les saignées au nombre de trois (on a eu beaucoup de peine à tirer du sang, au dire du malade; et, suivant lui, ces trois saignées ensemble n'ont guère fourni que trois palettes de sang), et vingt-cinq sangsues à l'anus.

A sa sortie de l'hôpital, il essaya de reprendre ses occupations; mais, au bout de trois jours, il fut obligé de se remettre au lit, et depuis cette époque, il n'a jamais recouvré complètement l'usage de ses membres. Le gonflement de la plupart des articulations diminue, ainsi que les douleurs, lorsque le malade se repose pendant quelques jours.

D'après le malade, le poignet droit serait toujours resté rouge et gonflé, à un degré plus ou moins marqué. L'appétit s'est, en général, bien conservé, et il n'est pas survenu de gêne notable dans la respiration, non plus que de palpitations.

Etat le jour de l'entrée. Le malade se plaint de douleurs dans presque toutes les articulations, mais il n'existe de rougeur et de gonflement qu'aux articulations du pied, du poignet droits, et métacarpo-phalangienne de l'index gauche; pouls à 84, développé et résistant; résonnance de la poitrine et respiration bonnes partout.

Etendue de la matité de la région précordiale à-peu-près normale; premier bruit du cœur un peu enroué.

Saignée de 4 palettes.

8. A-peu-près même état que la veille pour les douleurs; gonflement chronique, sorte d'hypertrophie des extrémités articulaires du second et troisième os du métacarpe et des phalanges correspondantes de la main droite, du second os métacarpien avec la phalange correspondante et du tibia droit à sa partie externe (la circonférence de la main droite, au niveau de l'extrémité inférieure des quatre derniers

métacarpiens, est de huit pouces, deux à trois lignes). Pouls à 64.

Ventouses scarifiées une palette et demie sur le dos de la main droite; cataplasmes; bourrache, guimauve sirop de gomme, 2 pots; 2 pilules d'extrait gommeux d'opium, d'un demi-grain chacune; un huitième d'alimens.

9. Le poignet droit est moins douloureux; les parties molles de la main droite sont dégonflées et pâles (la circonférence de cette partie n'est plus que de 8 pouces); pouls à 60 et peau fraîche.

Rondelles des ventouses réunies en une seule masse glutineuse.

Ventouses scarifiées une palette et demie autour du poignet gauche; frictions avec pommade d'hydriodate de potasse; continuer les pilules.

10. Poignet gauche un peu douloureux; à-peu-près même état du poignet droit; pouls à 56; rondelles réunies en un caillot glutineux; sérosité non colorée en rouge.

Un vésicatoire sur le dos de chaque main et sur le poignet; le reste idem.

11. La douleur des poignets a diminué.

Panser les vésicatoires avec un grain de chlorhydrate de morphine; le reste idem.

12 et 13. La main gauche présente un gonflement œdémateux conservant l'empreinte du doigt; la main droite est désenflée et les mouvemens des doigts sont plus faciles.

Sous l'influence des moyens indiqués plus haut, et de bains qui furent prescrits les jours suivans, le malade se rétablit complètement, à part l'hypertrophie, déjà mentionnée, de certaines extrémités articulaires qui resta la même. Le malade demanda sa sortie le 2 juin. — De 84 qu'il présentait à l'entrée, le pouls était tombé à 52.

OBSERVATION CXXV. — Rhumatisme articulaire chronique apyrétique, terminé par hypertrophie de quelques extrémités osseuses articulaires. — Rien au cœur.

SALLE DES HOMMES, n° 5. Bouvard (François), âgé de trente-neuf ans, employé, malade depuis huit mois; entré le 15 avril 1839, sorti le 27 du même mois.

D'une constitution de force moyenne et d'un tempérament bilioso-nerveux.

Il dit avoir eu, à l'âge de vingt ans, un rhumatisme du genou droit qui dura plusieurs mois (aucun traitement actif).

Il y a huit mois, il éprouva des douleurs dans les pieds, le genou droit, les poignets, les coudes et les épaules; cependant, malgré la gêne des mouvemens et surtout ceux de la marche, il continua de vaquer à ses occupations. Pour tout traitement, il prit quelques bains de vapeur.

Il est très exposé par sa profession aux vicissitudes atmosphériques, et d'ailleurs né d'un père qui paraît avoir été sujet au rhumatisme.

Etat du malade le 15 et le 16 avril :

Il accuse surtout des douleurs dans les genoux et dans la main gauche; il existe du gonflement autour de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, gonflement ancien et qui paraît affecter à-la-fois les parties molles et les parties dures; les parties molles des articulations des membres inférieurs ne sont pas gonflées; mais les extrémités articulaires des os qui concourent à former ces articulations sont pour la plupart très grosses et réellement hypertrophiées; le pouls à 52-56; peau fraîche; respiration bonne, et rien de notable dans l'état du cœur.

Les linimens opiacés, les pilules d'extrait gommeux d'opium à la dose d'un grain par jour, les bains de vapeur, les compresses aluminées améliorèrent l'état du malade, firent disparaître les douleurs et le gonflement des parties molles; mais l'hypertrophie des extrémités articulaires persistait lorsque le malade sortit le 27 avril, douze jours après son entrée.

OBSERVATION CXXVI. — Rhumatisme articulaire chronique, terminé par hypertrophie des extrémités osseuses articulaires.

SALLE DES HOMMES, n° 13. Varlé (Nicolas), âgé de trente ans, journalier, rue de l'Hôtel-de-Ville, n. 75, malade depuis un ans; entré le 1er mars 1839, sorti le 14 du même mois.

D'une constitution forte, d'un tempérament lymphatico-

sanguin; habituellement bien portant avant la maladie pour les suites de laquelle il entre à l'hôpital.

Il y a un an, époque à laquelle il était en Afrique comme soldat, il éprouva, *immédiatement après avoir eu chaud et froid,* des douleurs dans les épaules et les poignets. Il fut admis à l'hôpital, où il resta deux mois sans y subir aucun traitement actif. Au bout de ces deux mois, il essaya de reprendre son service; après l'avoir continué pendant quinze jours, s'étant encore exposé au froid après avoir eu chaud, il ressentit de nouveau des douleurs dans les articulations indiquées plus haut, ainsi que dans les pieds, les genoux et les hanches. Il passa deux nouveaux mois à l'hôpital, et fut traité par des bains et des cataplasmes.

Depuis cinq mois qu'il est en France, après avoir été obligé de quitter le service militaire, il n'a pu prendre aucune profession à cause des douleurs qu'il continue à ressentir dans diverses articulations.

Etat du malade, le lendemain de l'entrée (2 mai) :

Il se plaint de douleurs dans les poignets, les épaules et les pieds; mais il n'existe de gonflement que dans les poignets, et le gonflement, de date très ancienne, sans chaleur, ni rougeur, tient évidemment à l'hypertrophie des extrémités articulaires des os.

Pouls à 80, sans chaleur anormale de la peau; langue bonne et appétit bien conservé.

Etendue de la matité du cœur à-peu-près normale; bruits du cœur sourds, sans souffle distinct.

Les cataplasmes laudanisés d'abord, puis résolutifs, les pilules d'extrait gommeux d'opium à la dose d'un grain par jour, et les bains firent disparaître les douleurs, et rendirent aux articulations la liberté à-peu-près complète de leurs mouvemens. Mais le malade conservait l'hypertrophie des extrémités articulaires déjà indiquées, lorsqu'il sortit de l'hôpital le 14 mars 1839.

OBSERVATION CXXVII. — Rhumatisme chronique de l'articulation radio-carpienne, terminé par un engorgement hypertrophique des parties affectées, chez une femme grosse de sept mois et demie.

Salle des femmes, n° 3. Martan, âgée de dix-huit ans, blanchisseuse, rue Saint-Martin, malade depuis trois mois; entrée le 27 octobre 1837, sortie le 25 janvier 1838.

D'une constitution lymphatique; peau fine, mince, blanche; cheveux châtains.

Elle est affectée depuis trois mois d'un rhumatisme du poignet gauche, qui a résisté, s'il faut l'en croire, à sept saignées et à cent quarante-cinq sangsues employées dans l'espace de quinze jours (des cataplasmes, des bains, des douches et quatre vésicatoires volans furent aussi mis en usage).

L'articulation est gonflée, engorgée et les extrémités articulaires des os sont le siége d'une véritable hypertrophie.

Pendant tout le temps que la malade a passé dans notre service, nous avons eu recours aux frictions mercurielles, aux vésicatoires volans, aux compresses aluminées avec bandage compressif Vains efforts! rien n'a pu résoudre cet engorgement, ou si l'on veut cette espèce de tumeur blanche, d'origine rhumatismale.

Le 10 décembre, la malade accouche heureusement et à terme d'un enfant qui a vécu.

25 janvier 1838. Elle sort bien portante ainsi que son enfant; mais l'engorgement de l'articulation persiste toujours.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES.

FIN DE LA TABLE.

R.B. 12.12.80